

เอกสารประกอบการสอน



การพยาบาลมารดา ในระยะคลอด

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ

แผนการสอนและเอกสารประกอบการสอน

หน่วยห้องคลอด

การพยาบาลในระยะที่ 1 ของการคลอด

แผนการสอน

หัวข้อ การพยาบาลในระยะที่ 1 ของการคลอด

ผู้สอน อ.ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ

เวลา 8 คาบ วันที่ 29-31 มีนาคม, 20-21 เมษายน 2564

วัตถุประสงค์ เพื่อให้บัณฑิตสามารถ

1. ปฏิบัติการพยาบาลรับใหม่ผู้คลอดได้
2. ดูแลช่วยเหลือผู้คลอดในระยะเฝ้ารอคอยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
3. บันทึกข้อมูลระยะรอคอยใน Partograph และวิเคราะห์กราฟได้
4. ให้คำแนะนำผู้คลอดเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะรอคลอดได้
5. ปฏิบัติทักษะการตรวจภายใน บันทึกและรายงานผลการตรวจได้
6. ปฏิบัติการตรวจประเมินและบันทึกรายงานการหดรัดตัวของมดลูกได้
7. ปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดที่ได้รับยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกได้
8. วิเคราะห์ปัญหาหรือความผิดปกติขณะรอคลอดแก่ผู้คลอดและทารกในครรภ์ได้

เนื้อหา

1. การรับใหม่ผู้คลอด

2. การพยาบาลในห้องรอคลอด

- 2.1 การพยาบาลในระยะปากมดลูกเปิดช้า (Latent phase)
- 2.2 การพยาบาลในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase)
- 2.3 การพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่าน (Transition phase)

3. การบรรเทาปวดในระยะรอคลอด

- 3.1 การบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา
- 3.2 การบรรเทาปวดโดยใช้ยา

4. การบันทึกและวิเคราะห์กราฟการคลอด (Partograph)

- 4.1 ความผิดปกติการเปิดขยายของปากมดลูก
- 4.2 ความผิดปกติการเคลื่อนต่ำของส่วนนำ

5. การพยาบาลผู้คลอดที่ได้รับยาชักนำการคลอด

- 5.1 Cytotec
- 5.2 Oxytocin

6. การวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนการพยาบาลผู้คลอดในระยะรอคลอด

การจัดประสบการณ์การเรียนรู้

1. บอกวัตถุประสงค์และเนื้อหา	10	นาที
2. สอนสาธิตและปฏิบัติทักษะการพยาบาล	170	นาที
- ขั้นตอนการรับใหม่ผู้คลอด	30	นาที
- การหายใจบรรเทาปวดในระยะต่างๆของการเจ็บครรภ์	30	นาที
- การบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาในระยะรอคลอด	30	นาที
- การบรรเทาปวดโดยการให้ยา	20	นาที
- การตรวจภายใน การรายงานและบันทึกผลการตรวจภายใน	30	นาที
- การบันทึกและวิเคราะห์กราฟการคลอด	30	นาที
3. สอนข้างเตียง	100	นาที
- การบริหารยา Oxytocin, Cytotec และการพยาบาล	30	นาที
- การใช้เครื่อง Electronic fetal monitoring (EFM)	10	นาที
- การอ่านค่าและแปลผลการตรวจ EFM	20	นาที
- การประเมิน การรายงานและบันทึกผลการหดตัวของมดลูก	40	นาที
4. ประชุมปรึกษาหารือ	40	นาที
5. นิสิตซักถามและสรุปการเรียนรู้	20	นาที
6. วิเคราะห์และนำเสนอกรณีศึกษา	60	นาที

สื่อการสอน

1. เอกสารประกอบการสอน
2. แบบบันทึกรายงานการเฝ้าคลอดประจำวัน
3. กรณีศึกษาผู้คลอด
4. เครื่อง EFM, Drop tone,
5. เครื่อง Infusion pump
6. Set PV, ถุงมือ sterile, Lubican gel
7. Power point นำเสนอกรณีศึกษา

การประเมินผล

- แบบประเมิน พยบ. 203 ทักษะปฏิบัติทางการพยาบาล
- แบบประเมิน พยบ. 204 รายงานกรณีศึกษาผู้คลอด
- แบบประเมิน พศส 342-05 ทักษะการทำคลอด
- แบบประเมิน พศส 342-06 ทักษะการดูแลทารกในระยะที่ 4 ของการคลอด
- แบบประเมิน พศส 342-07 ทักษะการดูแลมารดาในระยะที่ 4 ของการคลอด
- แบบประเมิน พยบ. 234 ทักษะการสื่อสารการนำเสนอกรณีศึกษา

- สังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมการแสดงความคิดเห็นและวิเคราะห์กรณีศึกษา
- สังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลขณะดูแลมารดาและทารกหลังคลอด

หนังสืออ้างอิง

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2559) การใช้กราฟดูแลการคลอด (PARTOGRAPH). [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก: http://advisor.anamai.moph.go.th/main.php?filename=JHealthVol19No2_07
สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2563

กาญจนา ศรีสวัสดิ์. (2556). การพยาบาลมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด. ใน เอกสารประกอบการสอน วิชาการพยาบาลมารดาและทารก 2: เล่มที่ 2, หน้า 1-65. สมุทรปราการ: ศูนย์เทคโนโลยีการศึกษา มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

จารีศรี กุลศิริปัญญา. (2562). บทบาทพยาบาลในการเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์ระยะรอคลอด โดยใช้เครื่องมือติดตามอัตราการเต้นของหัวใจและการหดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่อง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี, 30(1).

ธีระ ทองสง. (2555). สูติศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. เชียงใหม่ : ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

นันทพร แสนศิริพันธ์. (2561). บทที่ 8 การพยาบาลสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินทางสูติศาสตร์. ใน นันทพร แสนศิริพันธ์ และฉวี เบาทรวง (บรรณาธิการ), การพยาบาลและการผดุงครรภ์: สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน, พิมพ์ครั้งที่ 2. หน้า 241-264. เชียงใหม่: บริษัท สมาร์ทโคตติ้งแอนด์เซอร์วิส จำกัด.

ปราณี ธีรโสภณ, สมจิตร เมืองพิล, สมสกุล นีละสมิต, สุธัญญ์รัฐ นางเมืองจันทร์, อารยา ฉัตรระนะพานิช และเกรียงศักดิ์ หาญสิทธิพร. (2560). ผลของการส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการอยู่ในท่าศีรษะสูงของมารดาในระยะ ที่หนึ่งของการคลอด. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี, 28(1).

พยุศรี อุทัยรัตน์ และอาลี แซ่เจียว. (2561). ผลของการใช้ท่ามณีเขตต่อการเผชิญความเจ็บปวดและระยะเวลาคลอดในหญิงครรภ์แรกโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11, 32(1), 791-804.

ศศิธร พุ่มดวง. (2559). ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการคลอด ใน ฐิติพร อิงคาวรวงค์ (บรรณาธิการ) การพยาบาลมารดาและทารก (เล่ม 2) โครงการผลิตตำราหลักคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา, พีโอดีเซ็น. หน้า: 36

Barasinski, C., & Vendittelli, F. (2017). Oxytocin administration during spontaneous labor: guidelines for clinical practice. Chapter 3: interventions associated with oxytocin administration during spontaneous labor. Journal of gynecology obstetrics and human reproduction, 46(6), 489-497.

Cunningham, F.G., Leveno, K.J., Bloom, S.L., Spong, C.Y., Dash, J.S., Hoffman, B.L., Casey, B.M., and Sheffield. (2014). Williams Obstetrics. 24th ed. New York: McGraw-Hill.

- Flint, J., and Townend, S. (2015). Chapter7: Intrapartum Midwifery Care. In Lewis, L. (Ed),
Fundamental of Midwifery: A textbook for Students. Singapore: Markono Print Media
PteLtd.
- Hatfield, N.T., and Klossner, N.J. (2014). Introductory Maternity and Pediatric Nursing. 3ed
Editions, China: Lippincott William & Wilkins. p 205-241.
- Jhala, A. (2017). A study to assess the effectiveness of Lamaze breathing on labor pain and
anxiety towards labor outcome among primigravida mothers during labor in
community health center, Kolar Road, Bhopal (MP). Indian Journal of Obstetrics and
Gynecology, 5(1), 19-22.
- Murray, S.S., and Mckinney, E.S. (2014). Foundations of Maternal-Newborn and Women's Health
Nursing. 6th Editions, United States of America: Elsevier Saunders.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2017). FEBRUARY, I. 2017: The NICE
guidance Intrapartum care for healthy women and babies was revised recently
following a review of the evidence on measuring fetal heart rate. We look at what the
updates mean in practice. Midwives.
- Ozkan, S. A., Kadioglu, M., & Rathfisch, G. (2017). Restricting oral fluid and food intake during
labour: a qualitative analysis of women's views. International Journal of Caring
Sciences, 10(1), 235.
- Pillitteri A. (2014). Maternal and child health nursing: care of the childbearing and
childbearing Family. 7th ed. China: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ricci S.S., Kyle T., and Carman S. (2013). Maternity and Pediatric nursing. 2nd ed. China:
Lippincott Williams & Wilkins.
- Toberna, C. P., Horter, D., Heslin, K., Forgie, M. M., Malloy, E., & Kram, J. J. (2020). Dancing
During Labor: Social Media Trend or Future Practice?. Journal of patient-centered
research and reviews, 7(2), 213.
- Vakilian, K., Keramat, A., & Gharacheh, M. (2018). Controlled breathing with or without lavender
aromatherapy for labor pain at the first stage: a randomized clinical trial. Crescent J
Med Biol Sci, 5(3), 172-175.
- World Health Organization. (1994). Preventing prolonged labor: a practical guide: the
partograph (No. WHO/FHE/MSM/93.8). World Health Organization.

World Health Organization. (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience: transforming care of women and babies for improved health and well-being: executive summary (No. WHO/RHR/18.12). World Health Organization.

เอกสารประกอบการสอน

การพยาบาลในระยะที่ 1 ของการคลอด

1. การรับใหม่ผู้คลอด

การรับใหม่ เป็นการประเมินสภาพผู้คลอดและเตรียมผู้คลอด โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของมารดา และทารกในครรภ์ขณะรับใหม่ ควรรับไว้ในโรงพยาบาลหากมีอาการเจ็บครรภ์จริง มีน้ำเดิน มีเลือดออกทางช่องคลอด หรือมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง ครรภ์เป็นพิษ เจ็บครรภ์ก่อนกำหนด เป็นต้น

หลักการสำคัญในการพิจารณาให้ผู้คลอดเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ต้องพิจารณาเพื่อแยกระหว่างความปกติและผิดปกติ เพื่อให้การดูแลรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ขณะที่รับไว้ในความดูแล โดยคำนึงถึงข้อมูลต่อไปนี้

1. ตั้งครรภ์ครบกำหนด และมีอาการนำของการคลอด
2. มีอายุครรภ์เกินกำหนด ทั้งที่มีและไม่มีอาการนำของการคลอด
3. ตั้งครรภ์ไม่ครบกำหนด แต่อายุครรภ์เกิน 28 สัปดาห์ขึ้นไป และมีอาการนำของการคลอดหรือมีภาวะแทรกซ้อน

ข้อมูลสำคัญที่ต้องประเมิน ประกอบด้วย

1. ข้อมูลจากการซักประวัติ (ตามแบบฟอร์มของ รพ.)

1.1 ข้อมูลทั่วไป ตามแบบบันทึกการซักประวัติผู้คลอด เพื่อเป็นการทำความรู้จัก case และประเมินภาวะผิดปกติ ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์และการคลอด

1.2 อาการสำคัญ คืออาการที่ทำให้ผู้คลอดต้องมาโรงพยาบาล ส่วนใหญ่อาการสำคัญที่นำผู้คลอดมารพ. จะเกี่ยวข้องกับอาการเจ็บครรภ์ ดังนั้นต้องซักประวัติเกี่ยวกับเวลาที่เริ่มมีอาการเจ็บครรภ์ หรือมีการหดตัวของมดลูก ความสม่ำเสมอ ความถี่ ความรุนแรงของการหดตัวของมดลูก ความรู้สึกไม่สุขสบายบริเวณหน้าท้องและหลัง ความรุนแรงของการหดตัวของมดลูกเมื่อเดินหรือเปลี่ยนอิริยาบถ พฤติกรรมการแสดงออกถึงความเจ็บปวด และคะแนนความปวด (Pillitteri, 2014: 350; NICE, 2017: 21-23) นอกจากนี้ควรซักประวัติให้แน่ใจว่ามีน้ำเดิน มีมูกเลือดออกทางช่องคลอดหรือไม่ และที่สำคัญต้องซักให้ได้ประวัติเวลาของการเริ่มต้น (Onset of labor) เจ็บครรภ์จริง (True labor pain) เพื่อแยกแยะจากอาการเจ็บครรภ์เตือน (False labor pain) เพราะข้อมูล Onset of labor เป็นข้อมูลสำคัญที่พยาบาลนำไปคิดคำนวณเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอด ซึ่งการนับเวลาเริ่มระยะที่ 1 ของการคลอดนั้นพิจารณาจากเริ่มเจ็บครรภ์จริงคือ เจ็บครรภ์แรง เจ็บถี่ขึ้น เจ็บสม่ำเสมอ ร่วมกับเมื่อตรวจภายในจะพบการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก ได้แก่ ปากมดลูกนุ่ม บางตัวลง และมีการเปิดขยาย (Flint and Townend, 2015:146-147; Hatfield and Klossner, 2014)

ความแตกต่างระหว่างการเจ็บครรภ์จริง (True labor pain) และการเจ็บครรภ์เตือน (False labor pain) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะการเจ็บครรภ์จริงและการเจ็บครรภ์เตือน (Ricci, et al., 2013: 420)

เกณฑ์พิจารณา	การเจ็บครรภ์จริง (True labor pain)	การเจ็บครรภ์เตือน (False labor pain)
ระยะเวลาการหดตัวของมดลูก	สม่ำเสมอ, เจ็บถี่ทุก 4-6 นาที เจ็บนาน 30-60 วินาที	ไม่สม่ำเสมอ, เจ็บห่างๆ >10 นาที
ความแรงการหดตัวของมดลูก	เจ็บรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ และรู้สึกเจ็บ ลงส่วนล่างบริเวณช่องคลอด	เจ็บไม่แรง, หรือบางครั้งเจ็บแรง บางครั้งเจ็บเบาลง
ความรู้สึกไม่สบาย/ความรู้สึก ปวด	เริ่มเจ็บหรือปวดที่หลัง และร้าวมา ที่ท้องน้อยด้านหน้า	เจ็บบริเวณท้องด้านหน้า
ความเจ็บปวดเปลี่ยนแปลงเมื่อมี การเปลี่ยนท่า	ความเจ็บปวดไม่เปลี่ยนแปลง แม้ จะมีการนั่ง หรือนอนพัก	ความปวดเบาลง หรือหายไป เมื่อ นั่งหรือนอนพัก
การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม	ให้รอสังเกตอาการต่อ จนการหด ตัวของมดลูกถี่ขึ้นเป็นทุก 5 นาที เจ็บนาน 45-60 วินาที และเจ็บแรง ขึ้นเรื่อยๆ จึงไป รพ.	ให้ดื่มน้ำให้เพียงพอ, ลูกเดินเปลี่ยน อิริยาบถ หากอาการเจ็บลดลง สามารถพักที่บ้านได้ ยังไม่ต้องไป รพ.

1.3 ประวัติการตั้งครรภ์ปัจจุบัน สอบถามประวัติการตั้งครรภ์ครั้งนี้ เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่เท่าไร เคยตั้งครรภ์แล้วแท้งมาก่อนไหม ขณะตั้งครรภ์นี้มีอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนหรือไม่

1.4 ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดในอดีต สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ก่อนหน้านี้ เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่เท่าไร ขณะตั้งครรภ์มีภาวะแทรกซ้อนหรือไม่ คลอดด้วยวิธีใด สถานที่คลอด หลังคลอดมีภาวะแทรกซ้อนหรืออาการผิดปกติใดๆหรือไม่ ทารกเพศอะไร น้ำหนักตัวเท่าไร สุขภาพแรกคลอดของทารกเป็นอย่างไร และปัจจุบันทารกเป็นอย่างไร

1.5 ประวัติการเจ็บป่วยอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อการตั้งครรภ์ในครั้งนี้ โดยให้สอบถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้คลอด หรือโรคประจำตัวต่างๆที่อาจส่งผลต่อการตั้งครรภ์ เช่น โรคหัวใจ ไทรอยด์เป็นพิษ โลหิตจาง ธาลัสซีเมีย ความดันโลหิตสูง หรือ เบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ เป็นต้น

1.6 ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ให้สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะญาติสายตรง ได้แก่ บิดา-มารดา ปู่-ย่า ตา-ยาย พี่-น้อง สอบถามเกี่ยวกับโรคถ่ายทอดทางพันธุกรรม เช่น ธาลัสซีเมีย โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ความผิดปกติกลุ่มอาการดาวน์ เป็นต้น ควรซักประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัวอย่างน้อย 3 Generations คือ รุ่นของผู้รับบริการ-พี่-น้อง รุ่นของบิดา-มารดา และรุ่นของปู่-ย่า ตา-ยาย เพื่อให้ได้ข้อมูลมาวิเคราะห์ภาวะสุขภาพของผู้คลอดและทารกในครรภ์ขณะดูแลในระยะคลอดต่อไป

1.7 ประวัติการแพ้ยาและอาหาร สอบถามประวัติการแพ้ยา อาหาร และสารต่างๆ เพื่อเฝ้าระวังอาการผิดปกติ หลีกเลี่ยงการใช้ยา และอาหารที่ผู้คลอดแพ้

2. การตรวจร่างกายแรกรับ

2.1 การตรวจร่างกายทั่วไป

2.1.1 ลักษณะรูปร่างทั่วไป สังเกตดูตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า ดูลักษณะการเดิน อาการแสดงเมื่อแรกพบ สังเกตภาวะซีด อาการเหนื่อย ตรวจประเมินภาวะขาดน้ำจากความชุ่มชื้นและการตึงตัวของผิวหนัง ริมฝีปาก ตรวจภาวะเส้นเลือดขดซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะ thrombophlebitis ในช่วงหลังคลอดได้

ประเมินน้ำหนัก ส่วนสูง ประเมิน BMI ก่อนการตั้งครรภ์หาก ≥ 30 ถือว่ามีภาวะอ้วน เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ ส่วนสูงที่น้อยกว่า 150 เซนติเมตร อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดติดขัดหรือการคลอดยาก

ประเมินสัญญาณชีพ ตรวจเมื่อผู้คลอดนอนพักบนเตียงแล้ว 10-15 นาที หากมีไข้ $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ ชีพจร ≥ 100 ครั้ง/นาที หายใจ ≥ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต $\geq 140/90$ mmHg ควรรายงานแพทย์/พยาบาล/อาจารย์นิเทศทันที

2.1.2 การตรวจปัสสาวะ เพื่อหาโปรตีนและน้ำตาล (albumin/sugar) ที่ออกมากับปัสสาวะ ต้องได้รับการตรวจทุกราย เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูง หรือเบาหวานขณะตั้งครรภ์ นอกจากนี้ อาจพิจารณาตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะ (UA) เพิ่มเติมในรายที่มีความผิดปกติ เช่น ภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เจ็บครรภ์ก่อนกำหนด ความดันโลหิตสูง เป็นต้น หากผลตรวจ urine albumin พบ Trace ขึ้นไป ให้รายงานที่พยาบาล/อาจารย์นิเทศ

2.1.3 ผลการตรวจเลือด Hct, blood typing, HBsAg, VDRL, HIV ในรายที่ไม่มีผลการตรวจ ต้องเจาะเลือดส่งตรวจและติดตามผลโดยเร็วเพื่อวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป ส่วนในรายที่มีผลการตรวจเป็นเวลานานแล้ว ควรพิจารณาทำการตรวจซ้ำเพื่อดูการเปลี่ยนแปลง หรือเจาะเลือดตรวจตามคำสั่งการรักษา ในรายที่มีความผิดปกติที่ควรตรวจเลือดนอกเหนือจาก 5 ข้อ ข้างต้น ได้แก่

- มีไข้สูงตั้งแต่ 38°C ควรส่งตรวจ CBC เพื่อประเมินการติดเชื้อในร่างกาย
- ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือด หรือต้องผ่าตัดคลอดที่อาจจำเป็นต้องให้เลือด จะต้องมีการส่งตรวจหา blood grouping, cross matching และจองเลือดเพื่อใช้ในเวลาจำเป็น

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ต้องดู ได้แก่ LAB I และ LAB II ซึ่งมีรายการตรวจ ดังนี้

LAB I: CBC (Hct, MCV), DCIP, Blood Group/Rh, HbsAg, VDRL, Anti-HIV

LAB II: Hct, VDRL, Anti-HIV (รพ.ชลประทาน ให้ใช้ผล Lab II เขียนในใบซักประวัติแรกรับ)

2.2 การตรวจร่างกายเฉพาะที่ ได้แก่ การตรวจครรภ์ และการตรวจภายใน

2.2.1 การตรวจครรภ์ ใช้หลักการดู คลำ และฟัง

- **การดู** เป็นการประเมินลักษณะทั่วไปบริเวณหน้าท้อง เช่น รูปร่างหน้าท้อง ตรวจหารอยโรคหรือการฉีกขาด ดูขนาดหน้าท้อง และการตั้งตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้อง

- **การคลำ** ใช้วิธีการคลำตามหลัก Leopold's handgrip มี 4 ท่า เพื่อประเมินความสัมพันธ์ของขนาดหน้าท้องกับอายุครรภ์ ท่าทารก ขนาดทารก (fetal size) ส่วนนำของทารก และการเคลื่อนตัวเข้าสู่ช่องเชิงกราน โดยก่อนตรวจควรให้ผู้รับบริการถ่ายปัสสาวะเพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง



รูปที่ 1 แสดงการตรวจครรภ์ด้วยวิธี Leopold maneuver

ที่มา: <https://www.coursehero.com/file/44125538/QUESTION-OF-THE-DAY/>

- **การฟังเสียงหัวใจทารก** ควรฟังในช่วงที่มดลูกคลายตัวหรือหากพบว่ามดลูกกำลังหดตัวควรฟังภายหลังจากมดลูกคลายตัวไปแล้วประมาณ 20-30 วินาที เพราะในช่วงที่มดลูกกำลังหดตัวรุนแรงจะไม่ได้ยินเสียงหัวใจทารกโดยเฉพาะการฟังจาก stethoscope อีกทั้งการฟังหลังจากมดลูกคลายตัวสามารถช่วยประเมินภาวะเครียดของทารกได้ ซึ่งจะพบว่าอัตราการเต้นของหัวใจทารกจะช้าลงและต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ หากพบลักษณะเช่นนี้ให้รีบรายงานพยาบาลหัวหน้าเวรหรืออาจารย์นิเทศ

ปัจจุบันในห้องคลอดใช้อุปกรณ์ในการช่วยฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ซึ่งช่วยขยายเสียงให้ดังและฟังชัดเจนขึ้นเรียกว่า Drop tone ดังนั้นจึงควรใช้ Drop tone ฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ในขณะคลายตัวและกำลังหดตัว เพื่อการเปลี่ยนแปลงของอัตราการเต้นหัวใจทารกในครรภ์ ประเมินภาวะเครียดของทารกในครรภ์ตามที่ได้กล่าวมาแล้ว

2.2.2 การประเมินการหดตัวของมดลูก สามารถประเมินได้โดยการวางมือที่บริเวณยอดมดลูกจนกว่าจะพบการหดตัวของมดลูกอย่างน้อย 2 ครั้ง หรือนานอย่างน้อย 10 นาที เพื่อดูความสม่ำเสมอของการหดตัวของมดลูก หรือใช้เครื่อง Electronic Fetal Monitor (EFM) ประเมิน 20 นาที ซึ่งจะได้ค่าของความถี่ ความนานและความแรงของการหดตัวของมดลูก รวมทั้งอัตราการเต้นหัวใจของทารก รูปแบบการเปลี่ยนแปลงของหัวใจทารก และจำนวนครั้งการดิ้นของทารกในครรภ์ด้วย ทำให้ง่ายต่อการประเมินความปกติหรือผิดปกติได้ชัดเจนมากขึ้น โดยก่อนการใช้เครื่อง EFM ควรให้ผู้คลอดปัสสาวะให้เรียบร้อยก่อน เพื่อไม่ให้เกิด

อาการปวดปัสสาวะขณะทำการตรวจซึ่งอาจจะทำให้ผลการตรวจคลาดเคลื่อนได้ เช่น ถ้าปวดปัสสาวะจะกระตุ้นให้เกิดการหดตัวของมดลูกที่เบี่ยงเบนไปจากปกติได้ เป็นต้น

2.2.3 การตรวจภายใน เป็นการประเมินความก้าวหน้าของการคลอดด้วยการตรวจทางช่องคลอด (Per Vagina: PV) ซึ่งปกติจะตรวจทุกรายในระยะรับใหม่ ยกเว้นกรณีที่มีข้อห้าม โดยใช้ถุงมือ Sterile เช็ดทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ หล่อลื่นด้วย rubicant gel และใช้หลัก aseptic technique

การตรวจทางช่องคลอดในการรับใหม่จะเป็นการตรวจประเมินด้วยความรวดเร็ว เพื่อตัดสินใจให้การช่วยเหลือที่เหมาะสม ซึ่งปกติจะตรวจหา 4 อย่าง คือ การเปิดขยาย (เซนติเมตร) ความบาง (%) สภาพถุงน้ำคร่ำ และระดับส่วนนำ

ข้อบ่งชี้ ในการตรวจภายใน

1. แกรับมืออาการเจ็บครรภ์ และไม่มีข้อห้าม
2. เมื่อต้องการตรวจดูความก้าวหน้าของการคลอด
3. ภายหลังถุงน้ำคร่ำแตกทันที เพื่อประเมินภาวะสายสะดือพลัดต่ำ
4. เจ็บครรภ์ถี่และรุนแรงขึ้น
5. ผู้คลอดอยากเบ่ง
6. สงสัยท่าทารกผิดปกติ
7. ตรวจก่อนการสวนอุจจาระ

ข้อห้าม ในการตรวจภายใน

1. มีเลือดออกทางช่องคลอด (bleeding per vagina) เป็นเลือดสด
2. เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (premature contraction)
3. มีน้ำเดินก่อนการเจ็บครรภ์จริง (Premature Rupture of Membrane: PROM)
4. มีประวัตรรกเกาะต่ำ (Placenta previa)

การตรวจภายใน ช่วยให้ประเมินความก้าวหน้าและระยะของการคลอดได้ ดังนี้

1) การเปิดขยายของปากมดลูก (dilatation) มีความกว้างเป็นเซนติเมตร แยกตามระยะของการเจ็บครรภ์ได้ ดังนี้

- ช่วง latent phase (0-3 cm.)
- ช่วง active phase (4-7 cm.)
- ช่วง transitional phase (8-10 cm.)

2) ความบาง (effacement) แบ่งเป็นเปอร์เซ็นต์ คือ

- ปากมดลูกหนา 2 ซม. = 0% หรือ ไม่มีการสั้นหรือบางเลย
- ปากมดลูกหนา 1 ซม. = มีความบาง 50% ,
- ปากมดลูกหนา 0.5 ซม. = มีความบาง 75% ,
- ปากมดลูกหนา 2-3 มม. = มีความบาง 100%

3) สภาพถุงน้ำ (membrane) สภาพของถุงน้ำมีอยู่ 3 แบบ ได้แก่ Membrane intact (MI) คือถุงน้ำยังไม่แตก, Membrane rupture (MR) คือถุงน้ำแตกแล้วทั้ง 2 ชั้น, Membrane leaked (ML) คือถุงน้ำชั้นนอกแตกหรือรั่วทำให้น้ำคร่ำตรงส่วนที่เป็นน้ำทุนหัวแตกออกมาแต่ยังเหลือถุงน้ำชั้นในอีก 1 ชั้น ในการตรวจต้องสังเกตลักษณะของน้ำคร่ำ เช่นใสปกติ (clear) หรือมีขี้เทาปน (meconium stained) หรือมีเลือดปน (blood stained)

4) ระดับส่วนน้ำ (station) โดยมี ischial spine เป็นระดับ 0 และใช้ระยะห่าง 1 ซม. เพื่อแยกระดับส่วนน้ำ หากส่วนน้ำอยู่สูงขึ้นไปจะมีค่าเป็นลบและหากส่วนน้ำอยู่ต่ำกว่าระดับ ischial spine จะมีค่าเป็นบวก ในการรายงานผลการตรวจควรรายงานข้อมูล ดังนี้

4.1) บอกลักษณะของส่วนน้ำว่าเป็นศีรษะ (cephalic) หรือก้น (breech) หรืออื่นๆ

4.2) บอกตำแหน่งของปากมดลูก (cervix position) เป็นการตรวจดูตำแหน่งของปากมดลูกว่าอยู่ด้านหน้า ตรงกลาง หรือด้านหลัง เพราะเป็นข้อบ่งชี้ถึงความยากง่ายในการเปิดขยายของปากมดลูก รวมถึงการประเมินความนุ่มหรือแข็งของปากมดลูก (cervical consistency) ถ้าปากมดลูกนุ่มจะทำให้เกิดความบางและเปิดขยายง่าย ซึ่งข้อบ่งชี้ทั้ง 2 อย่างนี้เป็นองค์ประกอบสำคัญเพื่อใช้พิจารณาในการชักนำการคลอด ถ้าตำแหน่งปากมดลูกอยู่ด้านหน้าและมีความนุ่มมากจะมีโอกาสประสบความสำเร็จในการชักนำการคลอด

5) ขนาดของเชิงกราน ประเมินความสมดุลของช่องเชิงกรานกับส่วนน้ำของทารกในครรภ์ว่ามีการมีผิดสัดส่วนกันหรือไม่ ทารกจะสามารถคลอดปกติทางช่องคลอดได้หรือไม่ หรือส่วนน้ำมีการเคลื่อนต่ำลงตามปกติหรือไม่

2.2.4 การประเมินสภาพฝีเย็บ โดยประเมินความยืดหยุ่นหรือตึงตัวของช่องคลอด ดูลักษณะ

ผิดปกติของรอยโรคทางเพศสัมพันธ์ที่บริเวณอวัยวะเพศภายนอกและบริเวณฝีเย็บ เพื่อเป็นข้อมูลพิจารณาเลือกวิธีการคลอดตามความเหมาะสม เช่น หากพบรอยโรคหูดหงอนไก่ เริ่ม ซิฟิลิส ที่กำลังอยู่ในระยะรุนแรง (Active) อาจต้องพิจารณาให้ผ่าตัดคลอด เป็นต้น

3. การเตรียมผู้คลอดรายใหม่เพื่อรอคลอดในโรงพยาบาล คือ เตรียมร่างกายและจิตใจ ดังนี้

3.1 การเตรียมด้านร่างกาย

3.1.1 การเตรียมบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ เป็นการดูแลทำความสะอาดอวัยวะเพศ ส่วนการโกนขน ไม่จำเป็น ต้องทำทุกราย (WHO, 2018:5) เพราะไม่มีผลต่อการติดเชื้อของแผลหรือระยะเวลาการเย็บแผล แต่อาจทำให้เกิดแผลจากการโกน ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ ค้นเมื่อขนงอกใหม่ได้ แต่หากโรงพยาบาลยังมีนโยบายในการโดนขนเพื่อทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกอยู่ ให้ปฏิบัติดังนี้

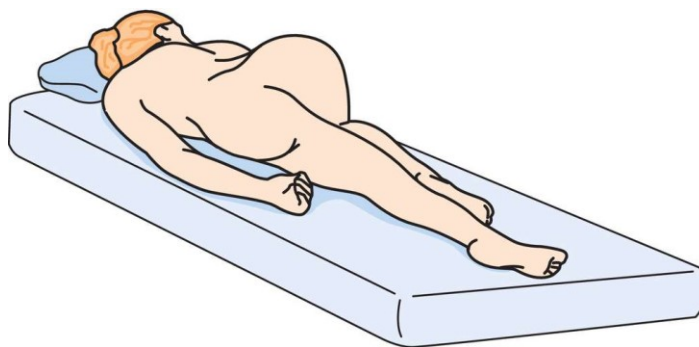
- จัดทำผู้คลอดนอนหงายชันเข่า ใช้สำลี 3-4 ก้อนชุบ Hibiscrub เช็ดทำความสะอาดแล้วโกนขนบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยมีดโกนตามวิธีปฏิบัติของแต่ละโรงพยาบาล แล้วให้ผู้คลอดล้างทำความสะอาดและเช็ดให้แห้งหลังการโกนขน

3.1.2 การสวนอุจจาระ ในการเตรียมคลอดไม่จำเป็นต้องสวนอุจจาระทุกราย หากจำเป็นต้องสวนอุจจาระต้องพิจารณา ข้อห้าม ดังนี้

ข้อห้ามในการสวนอุจจาระ

1. มีประวัติหรือกำลังมีเลือดออกทางช่องคลอด ซึ่งอาจเป็นภาวะรกเกาะต่ำหรือรกลอกตัวก่อนกำหนด จะทำให้เลือดออกมากขึ้นและเป็นอันตรายได้
2. ครรภ์แรกปากมดลูกเปิด 8 ซม. ขึ้นไป หรือครรภ์หลังเปิด 6 ซม. ขึ้นไป และความบาง $\geq 80\%$ ขณะแบ่งอุจจาระอาจเกิดการคลอดได้
3. ผนังน้ำแตกและส่วนน้ำยังไม่งดสู่งเชิงกราน เพราะอาจเกิดสายสะดือพลัดต่ำได้
4. ครรภ์ไม่ครบกำหนด คือ น้อยกว่า 37 สัปดาห์ จะเป็นการกระตุ้นให้คลอดก่อนกำหนดเร็วขึ้น
5. มีความผิดปกติของหลอดเลือดและหัวใจ เช่น มีภาวะความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ซึ่งจะทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้นและเป็นอันตรายขณะแบ่งอุจจาระในห้องน้ำได้
6. ริดสีดวงทวารระยะอักเสบ จะเป็นการกระตุ้นให้ริดสีดวงแตก ไม่สบาย และติดเชื้อได้
7. ทารกมีส่วนนำหรือท่าผิดปกติ ซึ่งปกติไม่เหมาะกับการคลอดทางช่องคลอดและจะทำให้เกิดการคลอดยากและเป็นอันตรายได้
8. มีอาการท้องเสีย ถ่ายเหลว หรืออุจจาระร่วงใน 24 ชั่วโมง ซึ่งจะทำให้ถ่ายอุจจาระมากขึ้น สูญเสียเกลือแร่และพลังงานมากจนเป็นอันตรายได้

การจัดท่าสำหรับสวนอุจจาระ คือ ท่านอนตะแคงกึ่งคว่ำ (Sim's position) และใช้น้ำยาสวนด้วย Unison enema



รูปที่ 2 แสดงท่านอนตะแคงกึ่งคว่ำ (Sim's position)

ที่มา: http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/_/viewer.aspx?path=MosbyMD&name=sims-position.jpg&url=http%3A%2F%2Fmedical-dictionary.thefreedictionary.com%2FSims%2527%2Bposition

3.1.3 การทำความสะอาดร่างกาย ภายหลังที่โกนขนอวัยวะเพศและสวนอุจจาระแล้ว ให้ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกโดยให้มารดาเข้าห้องน้ำ ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ แล้วเก็บตัวอย่างปัสสาวะใส่กระป๋องพลาสติกเล็กๆ และเปลี่ยนชุดเป็นชุดของโรงพยาบาล

3.2. การเตรียมด้านจิตใจ พุดคุยให้กำลังใจ ดูแลผู้คลอดอย่างใกล้ชิดและเป็นกันเอง พร้อมทั้งให้ความรู้และแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในระยะรอคลอด ให้ข้อมูลเกี่ยวกับระยะของการเจ็บครรภ์ และแผนการช่วยคลอดแก่ผู้คลอด เพื่อลดความวิตกกังวล ลดความเจ็บปวดและให้เกิดการคลอดอย่างปลอดภัย

3.3 เตรียมด้านกฎหมาย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการดูแลรักษาขณะรอคลอดและให้ผู้คลอดเซ็นชื่อในเอกสารยินยอมนอน รพ. ยินยอมรับการรักษาทันทีของตนเองและของทารก ยินยอมผ่าตัดคลอด หรือทำหมัน พร้อมให้ญาติเซ็นชื่อเป็นพยานให้เรียบร้อย

3.4 การให้คำแนะนำเมื่อกลับบ้าน (กรณีไม่ admit) เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เข้าใจการดูแลตนเองและสังเกตอาการที่ต้องรีบกลับมาโรงพยาบาล ควรให้คำแนะนำดังนี้

- 1) ให้ข้อมูลเพื่อการสังเกตอาการเจ็บครรภ์จริง
- 2) ให้ข้อมูลเพื่อการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีน้ำเดิน มีเลือดออกทางช่องคลอด มีไข้ มีอาการปวดศีรษะ จุกแน่นลิ้นปี่ บวมตามร่างกาย ซึ่งเป็นอาการแสดงของครรภ์เป็นพิษ เป็นต้น อาการเหล่านี้ล้วนเป็นความผิดปกติที่จะเกิดอันตรายตามมาทั้งต่อมารดาและทารก ดังนั้นให้รีบมาโรงพยาบาล
- 3) หากยังไม่มีอาการเจ็บครรภ์จริง ให้กลับมาตรวจครรภ์และฝากครรภ์ตามกำหนดจนกว่าจะคลอด
- 4) สอนการนับลูกดิ้น
- 5) แนะนำการเตรียมของใช้เมื่อมารอคลอดที่โรงพยาบาล เช่น บัตรประจำตัวผู้คลอด, ใบบันทึกการฝากครรภ์หรือสมุดฝากครรภ์, เสื้อผ้าเด็กอ่อนที่ซักรีดทำความสะอาดแล้ว ของใช้ส่วนตัวของผู้คลอด เช่น สบู่ แปรง และยาสีฟัน แชมพู ผ้าเช็ดตัว และผ้าอนามัย เป็นต้น

2. การพยาบาลในห้องคลอด

เป็นช่วงที่ใช้เวลายาวนานกว่าระยะอื่นๆของการคลอด ดังนั้นพยาบาลห้องคลอดจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลช่วยเหลือผู้คลอดให้ปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม เพื่อให้การเจ็บครรภ์คลอดมีความก้าวหน้าไปอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งเข้าสู่ระยะคลอด ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลในห้องคลอดที่สำคัญประกอบด้วย การประเมินสภาพมารดาและทารก และการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด การตรวจภายในเพื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอด การพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสบายและการประเมินความเจ็บปวดขณะคลอด โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การประเมินสุขภาพมารดาและส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด ความก้าวหน้าของ

การคลอดพิจารณาจากข้อมูลสำคัญ ได้แก่ การหดตัวของมดลูก การเปิดขยายของปากมดลูก และการเคลื่อนต่ำของส่วนนำ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 การหดตัวของมดลูก

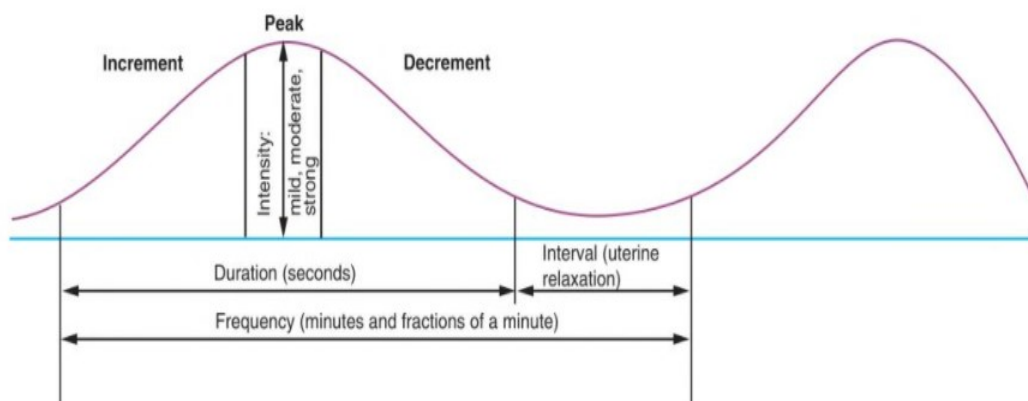
การประเมินการหดตัวของมดลูก (Uterine contraction) ตามปกติขณะตั้งครรภ์จะมี การหดตัวของมดลูกที่ไม่รุนแรงเป็นระยะ แต่ไม่สม่ำเสมอ ซึ่งจะเริ่มตั้งแต่ตั้งครรภ์ได้ประมาณ 16 สัปดาห์ โดยมารดาไม่รู้สึกเจ็บปวด เรียกว่า Braxton hick's contraction ในการหดตัวบางครั้งนาน 5 วินาที แล้ว หายไปเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน ซึ่ง Braxton hick's contraction มีประโยชน์ในการช่วยกระตุ้นให้เด็กทรงตัว อยู่ในครรภ์ในท่าตามยาว และช่วยให้ศีรษะเด็กเคลื่อนลงสู่ช่องเชิงกราน เมื่ออายุครรภ์ครบกำหนด และเข้าสู่ระยะคลอด (Ricci, et al., 2013:419; Hatfield and Klossner, 2014) การหดตัวของมดลูกจะแรงขึ้นและสม่ำเสมอ ซึ่งจะช่วยให้ปากมดลูกมีการบางและเปิดขยาย ส่วนนำของทารกถูกดันผ่านปากมดลูกออกมาได้ (Pillitteri, 2014: 351) ลักษณะการหดตัวของมดลูกประกอบด้วยลักษณะสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ Interval, Duration และ Severity หรือ Intensity (Ricci, et al., 2013:429) ดังนี้

1.1.1 Interval คือ ระยะห่างของการหดตัวของมดลูกในแต่ละครั้ง โดยนับตั้งแต่มดลูกเริ่ม หดตัวจนถึงเริ่มหดตัวครั้งใหม่ ถ้าการคลอดก้าวหน้าขึ้น Interval จะสั้นลง ปกติในระยะ Latent phase มดลูกจะหดตัวทุก 5-10 นาที ระยะ Active phase มดลูกจะหดตัวทุก 3-5 นาที ซึ่งในช่วงปลายระยะที่หนึ่งของการคลอด มดลูกจะหดตัวถี่ขึ้น เป็นทุก 2-3 นาที และ Interval ไม่ควรมีน้อยกว่า 2 นาที

1.1.2 Duration คือ ระยะเวลาของการหดตัวของมดลูกเป็นช่วงเวลาที่มดลูกหดตัว ถ้ามดลูกหดตัวนานก็จะมีแรงผลักดันในระยะของการคลอดนานมากขึ้น ในระยะแรกของการคลอด มดลูกจะหดตัวหนึ่งครั้งนานประมาณ 20-30 วินาที และจะนานขึ้นเรื่อยๆ จนถึง 60 วินาที ในช่วงปลายระยะที่หนึ่งของการคลอด

1.1.3 Severity หรือ Intensity คือ ความแรงในการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกในแต่ละครั้ง ซึ่งมีความสำคัญในการผลักดันเด็กให้เคลื่อนต่ำลงมา ถ้ามดลูกหดตัวไม่แรง แม้ว่าจะหดตัวนาน ก็ไม่สามารถผลักดันให้เด็กเคลื่อนต่ำลงมาได้ ในระยะ Latent phase แรงการหดตัวของมดลูกจะอยู่ในระดับน้อย

(Mild) โดยขณะหดตัวเต็มที่จะมีแรงดันภายในมดลูกประมาณ 25-50 มิลลิเมตรปรอท คลำมดลูกได้ค่อนข้างนุ่ม เมื่อเข้าสู่ระยะ Active phase แรงการหดตัวของมดลูกจะอยู่ในระดับปานกลาง (Moderate) แรงดันในโพรงมดลูกประมาณ 50-75 มิลลิเมตรปรอท จะคลำส่วนต่างๆ ของทารกได้ไม่ชัดเจน เมื่อเข้าสู่ปลายระยะที่หนึ่งจนถึงระยะที่สองของการคลอด การหดตัวของมดลูกจะแข็งแรงมาก (Strong) แรงดันในโพรงมดลูกประมาณ 75-90 มิลลิเมตรปรอท คลำส่วนต่างๆ ของทารกไม่ได้ ในระยะเบ่งคลอดจะมีแรงดันในโพรงมดลูกประมาณ 90-100 มิลลิเมตรปรอท



รูปที่ 3 แสดงวงจรการหดตัวของมดลูก

ที่มา: Murray and McKinney, 2014: 197.

การประเมินการหดตัวของมดลูก มีวิธีปฏิบัติดังนี้

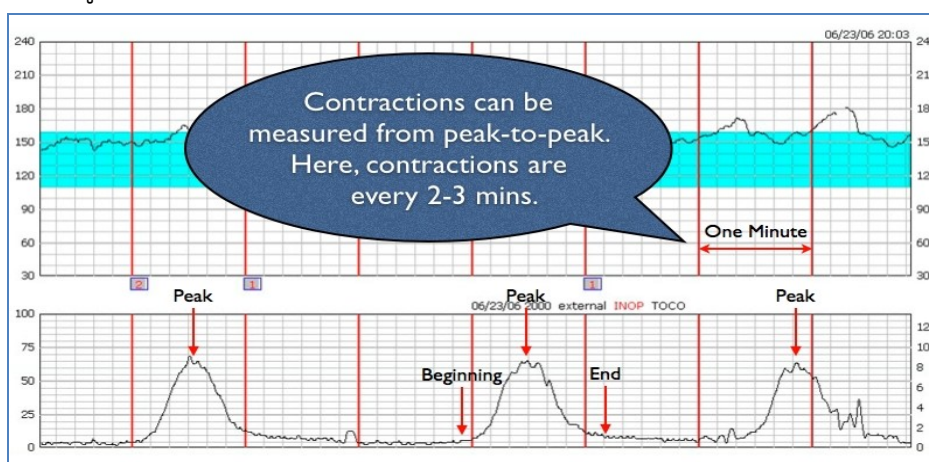
- 1) อธิบายผู้คลอดให้ทราบว่าพยาบาลจะทำการประเมินการหดตัวของมดลูก
- 2) จัดท่าให้ผู้คลอดนอนหงายศีรษะสูงเล็กน้อย หรือกึ่งตะแคงซ้าย โดยใช้ผ้าหรือหมอนบางๆ รองหลังให้ผู้คลอดตะแคงด้านซ้ายเล็กน้อย กรณีที่ผู้คลอดนอนหงายแล้วหายใจไม่สะดวก
- 3) เปิดผ้าที่คลุมหน้าท้องผู้คลอดขึ้น
- 4) ล้างมือให้สะอาดเช็ดให้แห้ง ใช้มือข้างที่ถนัดวางบนหน้าท้องของผู้คลอดบริเวณยอดมดลูก
- 5) ใช้ปลายนิ้วมือสัมผัสว่ามดลูกเริ่มหดตัวหรือมดลูกเริ่มแข็งตัว ให้ดูเข็มวินาทีนาฬิกาว่าอยู่ที่เลขอะไร ดูไปเรื่อยๆ จนมือสัมผัสได้ว่ามดลูกคลายตัวหรือมดลูกนิ่มลง แล้วจะทราบว่ามดลูกหดตัวนานกี่วินาที (Duration)
- 6) วางมือบนผนังหน้าท้องบริเวณยอดมดลูกและดูเข็มวินาทีของนาฬิกาต่อไป เพื่อดูว่ามดลูกจะหดตัวอีกครั้งเมื่อใด โดยเข็มวินาทีจะหมุนไปเรื่อยๆ พยาบาลผู้ประเมินต้องจดจำไว้ว่าการหดตัวของมดลูกที่เริ่มขึ้นครั้งแรกนั้น เข็มวินาทีอยู่ที่เลขอะไร เนื่องจากระยะพักของการหดตัวของมดลูกจะใช้ เวลานานประมาณ 2-5 นาที บางรายนานถึง 10 นาที ดังนั้นจึงต้องจดบันทึกไว้ว่าเข็มวินาทีได้หมุนผ่านไปถึงรอบแล้ว และเป็นเวลาที่นาฬิกามีการหดตัวครั้งใหม่เกิดขึ้น (Interval)

7) ในกรณีที่วางมือบนหน้าท้องบริเวณยอดมดลูกนั้น ขณะที่มดลูกหดตัวแข็งเต็มที่ให้ใช้ปลายนิ้วมือรับสัมผัสความแรงของการหดตัวของมดลูก ซึ่งความแรงการหดตัวของมดลูกมีอยู่ 3 ระดับ คือ Mild, Moderate และ Strong พยาบาลจะพิจารณาระดับความแรงการหดตัวของมดลูก โดยมีรายละเอียดดังตารางแสดงการหดตัวของมดลูก

ตารางแสดงระดับความแรงการหดตัวของมดลูก

ระดับความแรงการหดตัวของมดลูก	สัญลักษณ์	ลักษณะที่พบ
Mild มดลูกหดตัวเล็กน้อย	+	เมื่อมดลูกหดตัว จะคลำพบหน้าท้องบริเวณยอดมดลูกแข็ง ส่วนกลางและส่วนล่างของผนังหน้าท้องนิ่ม คือ มดลูกหดตัวแข็งเฉพาะส่วนยอดมดลูก มดลูกหดตัวนานประมาณ 20-35 วินาที คลำไม่พบส่วนของทารก
Moderate มดลูกหดตัวปานกลาง	++	เมื่อมดลูกหดตัว จะคลำพบหน้าท้องบริเวณยอดมดลูกและส่วนกลางของผนังหน้าท้องแข็งดี ส่วนล่างของผนังหน้าท้องนิ่ม คือ มดลูกหดตัวแข็งบริเวณยอดมดลูกและกลัมนมมดลูกส่วนกลาง มดลูกมักจะหดตัวนานประมาณ 35-45 วินาที คลำพบส่วนของทารกไม่ชัดเจน
Strong มดลูกหดตัวแรงดี	+++	เมื่อมดลูกหดตัว จะคลำพบหน้าท้องบริเวณยอดมดลูกส่วนกลางและส่วนล่างของผนังหน้าท้องแข็งดี คือมดลูกมีการหดตัวแข็งดีทุกส่วน มดลูกมักจะหดตัวนานประมาณ 45-90 วินาที คลำพบส่วนของทารกชัดเจน
Tetanic contraction มดลูกหดตัวแข็งแรงมาก ผิดปกติ/หดตัวไม่คลาย		เมื่อมดลูกหดตัว จะคลำพบหน้าท้องบริเวณยอดมดลูก ส่วนกลางและส่วนล่างของผนังหน้าท้องแข็งมาก คือ มดลูกมีการหดตัวแข็งทุกส่วน และมดลูกหดตัวนานเกิน 90 วินาที มองเห็นส่วนของทารกทางหน้าท้องได้ชัดเจน ซึ่งการหดตัวของมดลูกระดับนี้เป็นอันตรายต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์

การหดตัวของมดลูกจากการประเมินด้วยเครื่อง Electronic Fetal Monitoring: EFM



รูปที่ 4 แสดงลักษณะการหดตัวของมดลูก

ที่มา: <http://ob-efm.com/2426.htm>

การหดตัวของมดลูกจาก EFM Tracing ข้างต้น ตามปกติในขณะที่มีมดลูกไม่มีการหดตัว แรงดันในโพรงมดลูกจะมีค่าพื้นฐาน (Baseline) อยู่ที่ 20-25 mmHg. เมื่อมดลูกหดตัวแรงดันในโพรงมดลูกจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เป็น 40, 60, 80, 100 mmHg. จนถึงระดับสูงสุดและคงอยู่ที่ระดับสูงสุดนั้นๆ นานประมาณ 20-30 วินาที (acme) แล้วเริ่มคลายตัว แรงดันในโพรงมดลูกจะค่อยๆ ลดลงจนถึงคลายตัวเต็มที่ ที่ระดับ Baseline และมีระยะเวลาในการพัก แล้วจึงเริ่มมีการหดตัวครั้งใหม่อีกครั้ง ซึ่งจะเป็นวงจรเช่นนี้ต่อไปเรื่อยๆ และระยะห่างของการหดตัวของมดลูกจะสม่ำเสมอและแรงขึ้นเรื่อยๆ เมื่อผู้คลอดปากมดลูกเปิดเพิ่มขึ้น และเข้าสู่ระยะ Active phase, Transitional phase และเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการคลอดจนกระทั่งคลอด ดังนั้นหากการหดตัวของมดลูกไม่เป็นไปตามเกณฑ์ปกติในแต่ละระยะของการเจ็บครรภ์ และระยะของการคลอดแสดงถึงการหดตัวของมดลูกผิดปกติ ต้องหาสาเหตุและให้การดูแลแก้ไขต่อไป

ตัวอย่าง การบันทึกการหดตัวของมดลูก (Uterine contraction)

ผู้คลอดรายหนึ่งนอนโรงพยาบาลเพื่อรอคลอด พยาบาลประเมินการหดตัวของมดลูกพบว่า มดลูกหดตัวครั้งแรกกับครั้งที่สอง ห่างกัน 3 นาที มดลูกหดตัวนาน 40 วินาที ขณะที่มดลูกหดตัวหน้าท้องบริเวณยอดมดลูกและ ส่วนกลางท้องแข็งดี ส่วนล่างไม่ค่อยแข็ง คลำได้ส่วนของทารกไม่ชัดเจน ฟังเสียงหัวใจทารกได้ 136-144 ครั้ง/นาที

การบันทึกผล เป็นดังนี้ Interval= 3' Duration= 40" Intensity= ++ FHS= 136-144 bpm.

การหดตัวของมดลูกที่มีคุณภาพหรือเรียกว่า Good uterine contraction จะขึ้นอยู่กับระยะของการเจ็บครรภ์และการเปิดขยายของปากมดลูกคือ ถ้าอยู่ในระยะ Latent phase ปากมดลูกเปิดที่ 0-3 เซนติเมตร การหดตัวของมดลูกจะเป็น Interval= 4-7 นาที Duration= 20-40 วินาที Intensity= +/+ หากเป็นระยะ Active phase ปากมดลูกเปิดที่ 4-7 เซนติเมตร การหดตัวของมดลูกควรเป็น Interval= 2-3 นาที Duration= 45-60 วินาที Intensity= ++/+++ เมื่อเข้าสู่ระยะ Transition phase ปากมดลูกเปิดที่ 8-10 เซนติเมตร มดลูกควรหดตัว Interval=2-3 นาที Duration= 45-90 วินาที Intensity= ++/+++ (Ricci, et al., 2013: 429-430; Pillitteri, 2014: 364-365)

2. การเปิดขยาย การบางตัวของปากมดลูกและการเคลื่อนต่ำของส่วนนำ

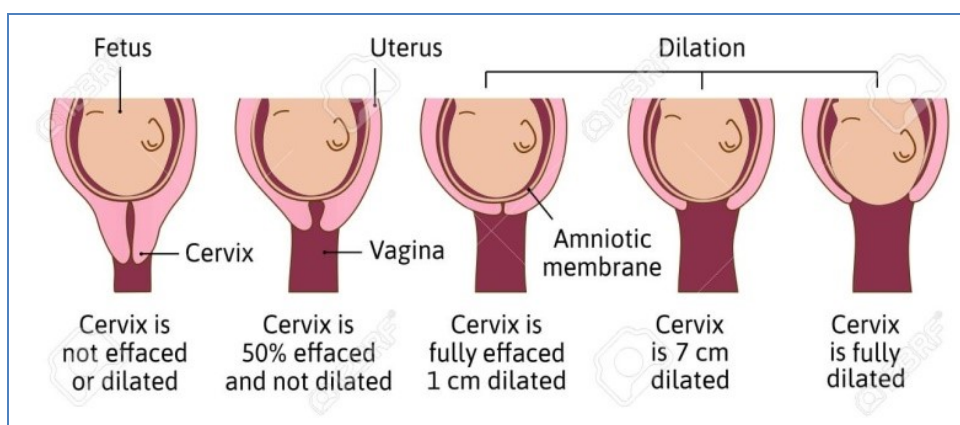
การประเมินการเปิดขยายของปากมดลูก การบางตัวและการเคลื่อนต่ำของส่วนนำ ทำได้โดยการตรวจภายในด้วยมือทางช่องคลอดหรือการ PV โดยความถี่ในการตรวจขึ้นอยู่กับระยะของการเจ็บครรภ์ หรือทำในรายที่สงสัยหรือมีถุงน้ำแตกให้รีบตรวจภายในทันที เพื่อประเมินว่ามีภาวะสายสะดือย้อยหรือไม่ หรือในรายที่มีอาการแสดงว่ามีความก้าวหน้าในการคลอด เช่น ปวดเบ่งตลอดเวลา มี mucus bloody show สามารถ PV เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอดได้ตามความเหมาะสม

ในการตรวจภายใน 1 ครั้ง ผู้ตรวจควรประเมินให้ได้ข้อมูลที่สำคัญเพื่อการวิเคราะห์ความก้าวหน้าของการคลอด ดังนี้

1. การเปิดขยายของปากมดลูก (cervix dilatation)
2. การบางตัวของปากมดลูก (cervix effacement)
3. ระดับการเคลื่อนต่ำของส่วนน้ำ (station)
4. ลักษณะของส่วนน้ำ (presentations)
5. สภาพถุงน้ำคร่ำ (membranes or amniotic sac)
6. ตำแหน่งของปากมดลูก (cervix position) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

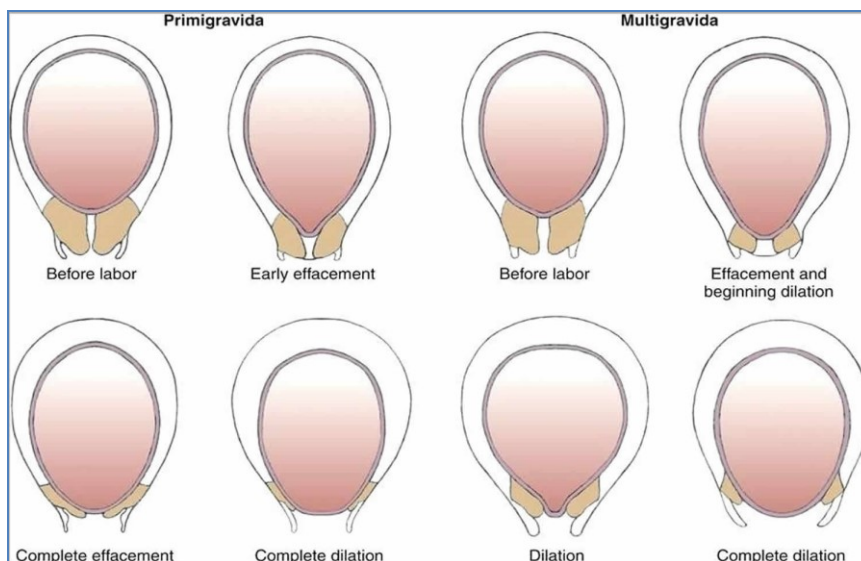
1) การเปิดขยายของปากมดลูก (cervix dilatation) การเปิดขยายของปากมดลูก เป็นการเปิดกว้างออกของรูปากมดลูก โดยเฉพาะที่ External os ตั้งแต่รูเล็กๆ เส้นผ่านศูนย์กลางไม่กี่มิลลิเมตร จนกระทั่งเปิดขยายเต็มที่ 10 เซนติเมตร (ธีระ ทองสง, 2555) ซึ่งการเปิดขยายของปากมดลูกเกิดขึ้นจากการมีแรงดันในถุงน้ำทวนหัว และแรงดันจากส่วนน้ำของทารก โดยมดลูกส่วนล่างถูกยืดขยายออกจากการกดของส่วนน้ำทารก กระตุ้นให้มีการหลั่ง Oxytocin ทำให้มดลูกมีการหดตัวเพิ่มมากขึ้น มีผลทำให้ปากมดลูกเปิดขยายและบางมากขึ้น (Pillitteri, 2014: 363; Hatfield and Klossner, 2014) เรียกว่า Ferguson's reflex กลไกที่ทำให้ปากมดลูกถ่างขยายออก มี 3 ประการ คือ การหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก ความดันภายในถุงน้ำคร่ำบริเวณถุงน้ำทวนหัว (Bag of fore water) และแรงถ่วงดันจากส่วนน้ำของทารก

2) การบางของปากมดลูก (Cervical effacement) หมายถึง มีการสั้นลงของคอมดลูก เนื่องจาก Internal os ซึ่งติดต่อกับปากมดลูกถูกดึงรั้งขึ้นไปตามการยืดขยายของปากมดลูกส่วนล่างจึงทำให้ปากมดลูกมีความหนาลดลงจากเดิม หรือบางตัวมากขึ้นนั่นเอง ซึ่งการเปิดขยายและการบางของปากมดลูกในผู้คลอดครรภ์แรกและครรภ์หลังจะแตกต่างกัน รายละเอียดดังแสดงในรูปที่ 5 และ 6



รูปที่ 5 แสดงการเปิดขยายของปากมดลูก

ที่มา: <https://www.123rf.com/visual/search/150941658>

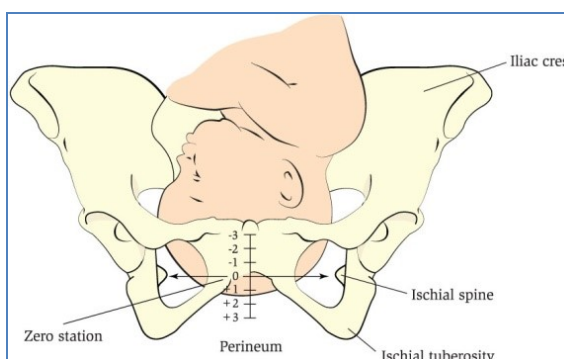


รูปที่ 6 แสดงการเปิดขยายและการบางของปากมดลูกในครรภ์แรกกับครรภ์หลัง

ที่มา: Murray and McKinney, 2014: 198

จากรูปที่ 5 จะสังเกตได้ว่าปากมดลูกของผู้คลอดครรภ์แรกจะเกิดการบางตัวของปากมดลูก (Effacement) ก่อน ซึ่งปกติจะเกิดการบางตัวก่อนการเจ็บครรภ์คลอดประมาณ 1-2 สัปดาห์ จึงมีการเปิดขยายของปากมดลูกตามมาเมื่อเจ็บครรภ์คลอด แต่ในผู้ที่เคยผ่านการคลอดมาก่อน จะมี Effacement และ Dilatation ไปพร้อมๆ กันเมื่อเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์คลอด เนื่องจากผู้คลอดครรภ์หลังเคยผ่านการคลอดมาก่อนการปิดของปากมดลูกในภาวะปกติก่อนการคลอดก็จะไม่สนิทเท่ากับผู้คลอดครรภ์แรก เมื่อเกิดการเจ็บครรภ์คลอด การยืดขยายและการบางตัวของปากมดลูกก็จะยืดและบางได้ดีกว่าผู้คลอดครรภ์แรก (Pillitteri, 2014: 363)

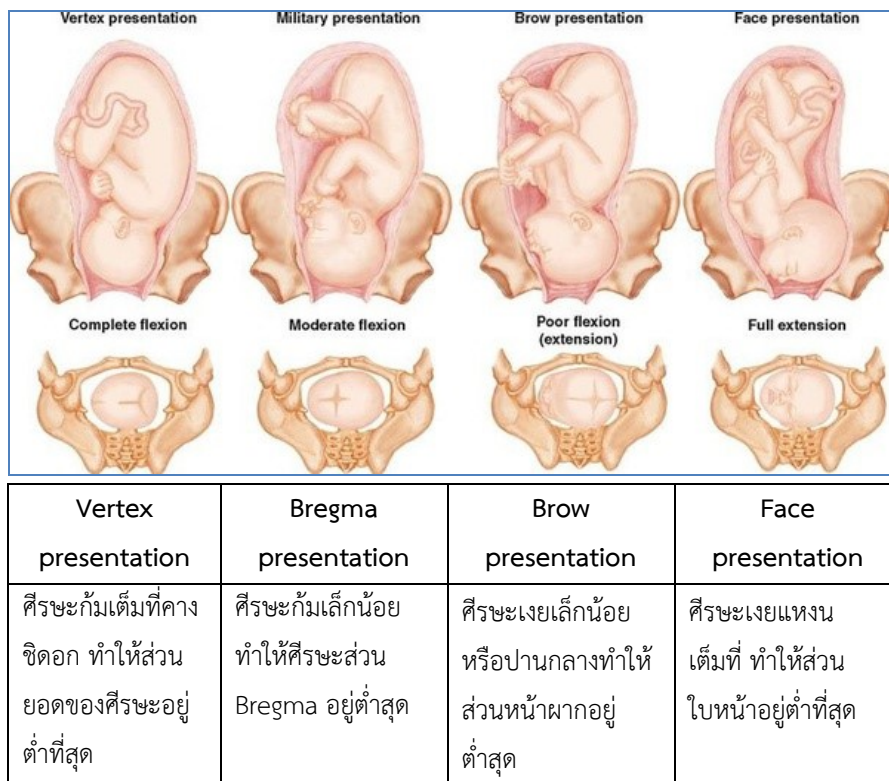
3. ระดับของส่วนนำ (Station) หมายถึง ระดับการเคลื่อนต่ำลงของส่วนนำของทารก ซึ่งการตรวจภายในจะบอกได้ถึงระดับของส่วนนำของทารกว่าอยู่ระดับใด ซึ่งจะเทียบกับช่องเชิงกราน โดยใช้เส้นแนว Ischial spine เป็นระดับส่วนนำ = 0 หาก PV พบว่าส่วนนำอยู่เหนือแนวเส้น Ischial spine ขึ้นไปจะให้ค่าติดลบ (-) หากส่วนนำอยู่ต่ำกว่าเส้นแนว Ischial spine ลงมาจะให้ค่าเป็นบวก (+) ดังแสดงในรูปที่ 6



รูปที่ 7 แสดงระดับของส่วนนำ

ที่มา: <https://www.ontarioprenataleducation.ca/labour-progress/>

4. ชนิดของส่วนนำ (Presentation) หมายถึง ส่วนที่ต่ำสุดของทารกที่อยู่ส่วนล่างของมดลูก หรืออยู่ตรงหนทางคลอด (Murray and McKinney, 2014) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแนวของลำตัวทารก ทารกที่อยู่ในท่าศีรษะจะมีส่วนนำแตกต่างกันตามลักษณะทรงของทารกแบ่งได้เป็น 4 แบบ ดังแสดงในรูปที่ 7



รูปที่ 8 แสดงลักษณะของส่วนนำในทารกที่มีศีรษะเป็นส่วนนำ

ที่มา: Murray and McKinney, 2014: 203.

ส่วนทารกที่อยู่ในท่าก้น (breech presentation) ส่วนนำจะมีลักษณะตามท่าที่ลงมา ดังแสดงในรูปที่ 8



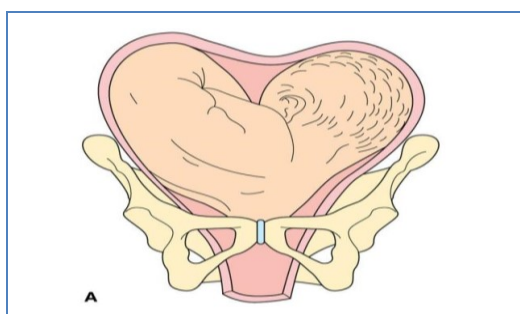
Frank breech presentation	Complete breech presentation	Footling breech presentation
ท่าก้นที่ต้นขาทารกงอพับขึ้นมาแนบกับหน้าท้อง เขยียดข้อเข่าเข้าหาพาดไปทางหน้าอก งอข้อสะโพก เขยียดข้อเข่า	ท่าก้นที่ทารกงอเข้าและข้อสะโพก หรืออยู่ในท่าขัดสมาธิ	ท่าที่ทารกยื่นเท้าลงมา โดยเขยียดต้นขาและเข่าลงมา ถ้าเขยียดต้นขาและเข่าลงมาทั้งสองข้าง เรียกว่า Double

Frank breech presentation	Complete breech presentation	Footling breech presentation
		footling breech ถ้าเหยียดต้นขาและเข่าลงมาข้างเดียว เรียกว่า Single footling breech

รูปที่ 9 แสดงชนิดของส่วนนำในทารกท่าก้น

ที่มา: Murray and McKinney, 2014: 204.

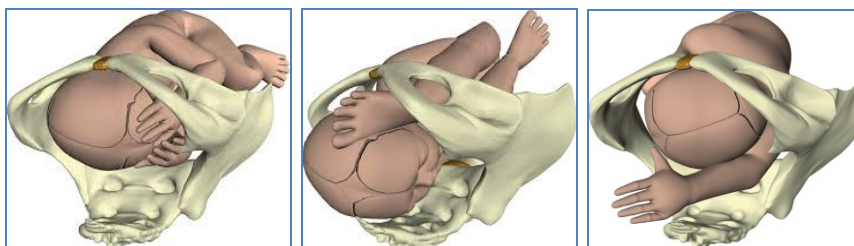
ส่วนทารกที่อยู่ในแนวขวาง (Transvers lie) จะมีไหล่เป็นส่วนนำ เรียกว่า Shoulder presentations



รูปที่ 10 แสดงทารกท่าขวางมีไหล่เป็นส่วนนำ

ที่มา: <https://www.slideserve.com/jessie/childbirth-at-risk>

นอกจากนี้อาจพบได้ว่า ส่วนนำของทารกผ่านลงช่องเชิงกรานมากกว่าหนึ่งส่วน เช่น ศีรษะกับมือ ศีรษะกับเท้า หรือก้นกับมือ เรียกว่า Compound presentation

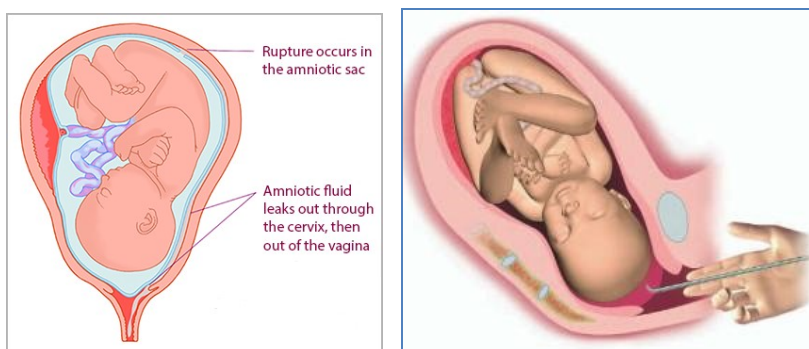


รูปที่ 11 แสดงส่วนนำที่เป็น Compound presentation

ที่มา: <https://www.cambridge.org/core/books/obstetric-interventions/compound-presentation>

5. สภาพถุงน้ำคร่ำ (membranes or amniotic sac)

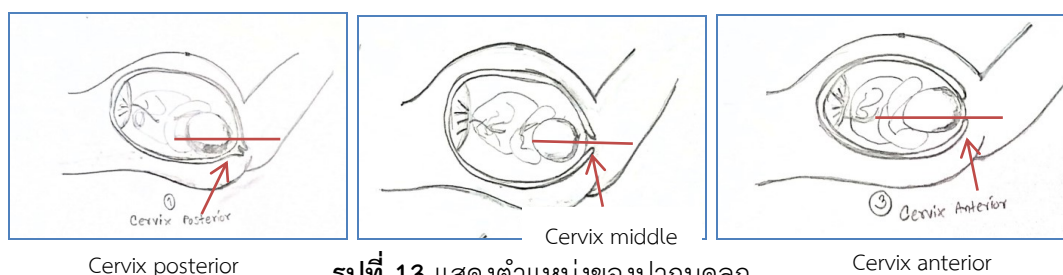
Membranes or Amniotic sac หมายถึง ถุงน้ำคร่ำที่ห่อหุ้มตัวทารก ซึ่งปกติจะมีสภาพที่ห่อหุ้มทารก ปิดสนิท มี 2 ชั้น ชั้นที่อยู่ติดกับด้านมารดา เรียกว่า Chorion และเยื่อหุ้มทารกชั้นที่อยู่ติดกับตัวทารก เรียกว่า Amnion ด้านในถุงน้ำคร่ำจะมีน้ำคร่ำ (Amniotic fluid) และตัวทารกอยู่ หากตรวจภายในแล้วสัมผัสได้ลักษณะ ลื่นๆ หรือโป่งกดแล้วนุ่มยืดหยุ่นได้ แสดงว่าถุงน้ำคร่ำยังมีสภาพปกติหรือถุงน้ำยังไม่แตก เรียกว่า Membrane Intact (MI) แต่ถ้าตรวจภายในแล้วนิ้วสัมผัสได้เส้นผมทารกสากๆมือ หรือคลำแล้วไม่ลื่น และมีน้ำคร่ำไหลตามมือ ออกมาในขณะที่ใส่นิ้วเข้าไปในช่องคลอดหรือในขณะที่ถอดนิ้วมือออก ภายหลังการตรวจภายใน แสดงว่าถุงน้ำคร่ำ แตกแล้ว เรียกว่า Membrane Rupture (MR) ซึ่งมีอยู่ 2 ลักษณะ ได้แก่ ถุงน้ำคร่ำแตกเอง เรียกว่า Spontaneous Rupture of Membrane (SRM) หรือแพทย์เป็นผู้เจาะถุงน้ำคร่ำ เรียกว่า Artificial Rupture of Membranes (ARM)



รูปที่ 12 แสดงลักษณะของน้ำคร่ำรั่ว (ML) และการเจาะถุงน้ำคร่ำ (ARM)

ที่มา: <https://www.tommys.org/pregnancy-information/pregnancy-complications/waters-breaking-early-pprom>

6. ตำแหน่งของปากมดลูก (cervix position) ในขณะที่ทำการตรวจภายใน ผู้ตรวจใช้นิ้วชี้และ นิ้วกลางคลำหาปากมดลูก หากพบว่าตำแหน่งของปากมดลูกคลำได้ใกล้ด้านหลังของผู้คลอด หมายถึง ปากมดลูก อยู่ที่ตำแหน่งด้านหลัง (Posterior) หากผู้ตรวจสอดนิ้วเข้าไปในช่องคลอดแล้วคลำพบปากมดลูก หมายถึง อยู่ ตำแหน่งตรงกลาง (Middle) และหากผู้ตรวจสอดนิ้วเข้าไปในช่องคลอดแล้วคลำพบปากมดลูกอยู่ด้านบนหรือ ใกล้กับกระดูก Symphysis pelvis หมายถึงปากมดลูกอยู่ตำแหน่งด้านหน้า (Anterior) ดังแสดงในรูปที่ 12



รูปที่ 13 แสดงตำแหน่งของปากมดลูก

2.1 การพยาบาลในระยะปกมดลูกเปิดช้า (Latent phase)

ตามแนวทางการดูแลผู้คลอดของ รพ.ชลประทาน ในระยะ Latent phase เมื่อแรกรับผู้คลอดเข้ามาในห้องคลอด จะต้องทำการประเมินสภาพมารดาและทารกในครรภ์ด้วยเครื่อง EFM 20 นาที พร้อมกับพิมพ์ใบบันทึกผลการตรวจ (Tracing) ทุก Cases เพื่อเป็น baseline ว่า FHS และ Uterine contraction ของผู้คลอดเมื่อแรกรับเป็นอย่างไร ใช้ประกอบการตัดสินใจให้การรักษามารดาและทารก ในส่วนของพยาบาลก็ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อเปรียบเทียบกับอาการและอาการแสดงต่างๆ ของผู้คลอดว่ามีความก้าวหน้ามากขึ้นหรือไม่

การประเมินภาวะสุขภาพทารกในครรภ์โดยใช้เครื่อง Electronic fetal monitoring (EFM) มีขั้นตอนการปฏิบัติ ดังนี้

1. อธิบายให้ผู้คลอดทราบว่า จะทำการตรวจติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ด้วยเครื่องมือ EFM พร้อมทั้งบอกเหตุผลให้ผู้คลอดทราบ อธิบายว่าต้องใช้เวลาในการตรวจอย่างน้อย 20 นาที
2. ให้ผู้คลอดเข้าห้องน้ำและปัสสาวะให้เรียบร้อยก่อนการติดเครื่อง EFM
3. เตรียมเครื่อง EFM ให้พร้อม โดยเปิดสวิตช์ที่ตัว Monitor วางสายรัดหัว Prove 2 สายพาดขวางบนเตียงของผู้คลอด
4. ใส่เจลนำคลื่นเสียงที่หัว Prove Ultrasound (US) ระวังห้ามใส่เจลที่ Prove tocodynamometer
5. จัดให้ผู้คลอดอยู่ในท่านอนศีรษะสูงเล็กน้อย (semi-Fowler's position) เอียงซ้ายเล็กน้อยโดยใช้หมอนรองใต้สะโพกขวา เพื่อไม่ให้มดลูกไปกดทับหลอดเลือดดำ Inferior veinava และนอนทับบนสายคาดเอว
6. บันทึกความดันโลหิต เพื่อตรวจสอบภาวะความดันโลหิตต่ำในท่านอนหงาย (supine hypotension) (จารีศรี กุลศิริปัญญา, 2562)
7. ใช้ Tocodynamometer (Toco) วางบริเวณยอดมดลูกบริเวณที่ราบให้ Toco แนบกับผิวหนังหน้าท้องของผู้คลอด และระวังไม่วาง Toco บนยอดมดลูกจน Prove เอียงไม่แนบสัมผัสกับผิวหนังบริเวณยอดมดลูก ซึ่งจะทำให้เครื่องวิเคราะห์การหดตัวของมดลูกไม่ได้ แล้วใช้สายคาดรัดหัว Toco ให้พอดีไม่แน่นหรือหลวมเกินไป หลังจากนั้นวางหัว Prove US ที่ทาเจลแล้วที่ตำแหน่งซึ่งได้ยินเสียง FHR ได้ชัดเจนที่สุด โดยปกติหากทารกมีศีรษะเป็นส่วนนำตำแหน่งการฟังจะอยู่บริเวณท้องส่วนล่างต่ำกว่าสะดือ แล้วใช้สายคาดเอวรัดหัว Prove US ให้กระชับพอดี
8. อธิบายผู้คลอดให้กดบันทึกจำนวนครั้งที่ทารกดิ้น เมื่อผู้คลอดรู้สึกว่าการดิ้นให้กดที่ปุ่มบนสายส่งสัญญาณ แล้วเครื่องจะบันทึกสัญญาณเป็นขีดสามเหลี่ยมสีดำ หรือเส้นทึบสีดำบนกระดาษ Tracing
9. ขณะทำการตรวจคอยระมัดระวังไม่ให้สายรัดหน้าท้องเลื่อนหลุดจากตำแหน่ง เพราะอาจทำให้การรายงานผลผิดพลาด หากมารดาารู้สึกเมื่อย ไม่สบาย ให้ช่วยเปลี่ยนท่าได้
10. คอยสังเกตกราฟที่บันทึกการหดตัวของมดลูกที่เกิดขึ้นเองหรือเมื่อทารกดิ้น หรือดูรายงานผลบนหน้าจอ หากพบความผิดปกติต้องรีบหาสาเหตุและให้การช่วยเหลือเบื้องต้นทันที (จารีศรี กุลศิริปัญญา, 2562)



รูปที่ 14 แสดงเครื่อง Eletronic fetal monitoring (EFM) และการใช้งาน

กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญในระยะ Latent phase (Ricci, et al., 2013: 473-475) มีดังนี้

1) วัดสัญญาณชีพ (BP, PR, RR) ทุก 1 ชั่วโมง วัดอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง แต่ถ้ามีประวัติน้ำเดิน หรือมีไข้ ให้วัดอุณหภูมิร่างกายทุก 2 ชั่วโมง ถ้าพบว่าอุณหภูมิร่างกาย ≥ 38 องศาเซลเซียส ให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาตรวจประเมินการติดเชื้อ (Ricci, et al., 2013: 474)

2) ประเมินการหดตัวของมดลูก (Uterin contraction: UC) และฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ (FHS) ทุก 1 ชั่วโมง ในรายที่ไม่มีความเสี่ยง กรณีที่เป็น Case ความเสี่ยงสูง ให้ประเมินและบันทึกทุก 30 นาที หรือให้ on EFM ตลอดเวลาเพื่อติดตามประเมิน FHS และ UC อย่างต่อเนื่อง

3) ตรวจภายในเพื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอด ปกติในระยะนี้จะตรวจภายในประเมินความก้าวหน้าของการคลอดทุก 4 ชั่วโมง หรือตามอาการหากผู้คลอดมีอาการเจ็บครรภ์ถี่ หรือรุนแรงขึ้น หรือมีน้ำเดินก็สามารถตรวจภายในได้

4) สอบถามผู้คลอดเกี่ยวกับการแตกของถุงน้ำ ทุก 2 ชั่วโมง เพื่อติดตามลักษณะสี กลิ่น ปริมาณ ของน้ำคร่ำ หากมีน้ำเดินดูแลใส่ผ้าอนามัยเพื่อซับน้ำคร่ำและให้ผู้คลอดเปลี่ยนทันทีก่อนที่ผ้าอนามัยเปียกชุ่ม

5) ดูแลสอบถามและกระตุ้นผู้คลอดให้ปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันกระเพาะปัสสาวะเต็มทำให้ขัดขวางการหดตัวของมดลูก และทำให้ความก้าวหน้าของการคลอดไม่ดี กรณีถุงน้ำยังไม่แตกและส่วนนำอยู่ที่ระดับ 0 สามารถให้ผู้คลอดลุกเดินเข้าห้องน้ำเองได้ หากผู้คลอดมีถุงน้ำคร่ำแตกแล้วต้องพิจารณาการเปิดของปากมดลูกและส่วนนำร่วมด้วย หากปากมดลูกเปิดแล้วและส่วนนำอยู่ในระดับ -1 ถึง -5 ให้ปัสสาวะด้วย bed pan บนเตียง และหลีกเลี่ยงการลุกนั่งหรือเดินบ่อยๆ เนื่องจากอาจทำให้น้ำคร่ำไหลออกมามากเกินไป หรือเกิดสายสะดือพลัดต่าได้

6) การพยาบาลเพื่อส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด โดยการจัดท่าหรือเปลี่ยนแปลงอิริยาบถ เช่น แนะนำให้ผู้คลอดลุกนั่ง เดินรอบๆเตียง หรือทำท่าบริหารร่างกายบนเตียง เนื่องจากการอยู่ในท่าแนวตั้งตรงจะช่วยให้การเคลื่อนตัวของส่วนนำลงสู่ช่องเชิงกรานได้ดี (ปราณี ชีโรโสภณ และคณะ, 2560; Ricci, et al., 2013: 475) ส่งเสริมให้ผู้คลอดได้พบปะพูดคุยกับสามีและญาติตามความต้องการ เพื่อคลายความเครียดหรือความวิตกกังวล ซึ่งจะช่วยให้การหดตัวของมดลูกดีขึ้นได้ (Ricci, et al., 2013: 475)

7) ประเมินความเจ็บปวด และให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดตามความเหมาะสม โดยการประเมินความปวดควรใช้เครื่องมือในการประเมิน เช่น Numeric rating scale ซึ่งเป็นการวัดโดยให้ผู้คลอดบอกระดับความเจ็บปวดในขณะที่มดลูกหดตัวและช่วงที่มดลูกคลายตัว เป็นตัวเลข 0-10 ซึ่ง 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด

8) ดูแลความสะอาดร่างกายและบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ให้สะอาดและแห้งเสมอ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

9) ดูแลให้ได้รับประทานอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำและให้มีพลังงานสะสมในระยะเบ่งคลอด เนื่องจากการงดน้ำและอาหารในระยะ Latent phase เป็นผลเสียต่อผู้คลอดมากกว่าผลดี โดยทำให้ผู้คลอดเกิดความรู้สึกหิว กระหายน้ำและอ่อนเพลีย ทำให้ไม่มีแรงในระยะที่ 2 ของการคลอด (Ozkan, et al., 2017)

10) ให้การดูแลด้านจิตใจ อยู่เป็นเพื่อนคอยพูดคุยให้กำลังใจ สอนสาธิตวิธีการหายใจผ่อนคลายเพื่อบรรเทาปวด ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอดและวิธีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมแก่ผู้คลอด เพื่อให้ผู้คลอดรับรู้ข้อมูลเตรียมตัวและเตรียมใจรับกับการเปลี่ยนแปลงในระยะที่เจ็บครรภ์มากขึ้น ผู้คลอดจะได้ไม่รู้สึกกลัว ส่งเสริมให้สามีและญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้คลอด

2.2 การพยาบาลในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (Active phase) มีกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ (Ricci, et al., 2013) ดังนี้

1) วัดสัญญาณชีพทุก 1/2-1 ชั่วโมง และวัดอุณหภูมิร่างกายทำเช่นเดียวกับระยะ Latent phase

2) ประเมินการหดตัวของมดลูกโดยการคลำที่ยอดมดลูกหรือการติดเครื่อง EFM ตลอดเวลาและบันทึกผลทุก 15-30 นาที และฟัง FHS ทุก 30 นาที ด้วย Drop tone หรือเครื่อง EFM หากทารกในครรภ์มีภาวะเสี่ยงให้ฟังและบันทึกทุก 15 นาที 5)

กรณีผู้คลอดได้รับยาชักนำการคลอด เช่น Oxytocin, PGE2 ต้องเฝ้าระวังภาวะ fetal distress และ tetanic uterine contraction หากพบ fetal distress (FHS < 120, >160 bpm หรือพบ late deceleration) หลังให้ยา ให้ทำการแก้ไขเบื้องต้นด้วยการทำ Intrauterine resuscitation (IUR) โดยลดอัตราการไหลของยา Oxytocin หรือหยุดยาทันที จัดท่านอนตะแคงซ้าย On Oxygen mask with bag 10 LPM และ loading isotonic solution 300-500 cc. และ On EFM ติดตามภาวะทารกสุขภาพทารกอย่างต่อเนื่อง

3) ตรวจภายในเพื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอด ตามอาการและอาการแสดงของผู้คลอด

4) ดูแลเพื่อส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด โดยจัดให้ผู้คลอดนอนท่าศีรษะสูงเล็กน้อย ตะแคงซ้าย หรือขวา ใช้หมอนหนุนระหว่างเข่าทั้ง 2 ข้าง หรือใช้หมอนดันหลังให้ผู้คลอดนอนพิงหมอนเพื่อให้ลำตัวเอียงเล็กน้อยลดอาการปวดหลัง แนะนำให้ผู้คลอดนั่งบนเตียงในท่าผีเสื้อพร้อม แล้วพยาบาลช่วยกดเข่า 10 ครั้ง เพื่อบริหารกล้ามเนื้อบริเวณอุ้งเชิงกรานและลดปวด ซึ่งจากการศึกษาวิจัยพบว่าการใช้ท่าผีเสื้อพร้อมนี้ สามารถช่วยลดปวดและช่วยให้ความก้าวหน้าของการคลอดดีขึ้นและลดระยะเวลาคลอดลงด้วย (พญงศรี อุทัยรัตน์ และ อาลิ แซ่เจียว, 2561) ประเมินกระเพาะปัสสาวะและกระตุ้นผู้คลอดให้ถ่ายปัสสาวะบนเตียง ทุก 2 ชม. หากไม่สามารถปัสสาวะได้เอง รายงานพยาบาลหัวหน้าเวรเพื่อพิจารณาสวนปัสสาวะทิ้ง

5) ประเมินพฤติกรรม อารมณ์ ความวิตกกังวล และอาการเหนื่อยล้าของผู้คลอด ทุก 15 นาที เนื่องจากระยะนี้ผู้คลอดจะสนใจแต่ตนเอง ไม่สนใจสิ่งรอบข้าง เจ็บปวดมากขึ้น ร้องโวยวายควบคุมตนเองไม่ได้ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องคอยดูแลและประเมินอาการแสดงต่างๆ เพื่อให้การดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสม (ศศิธร พุ่มดวง, 2559: 36)

6) ดูแลช่วยเหลือให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดบ่อยมากขึ้นหรือตามอาการของผู้คลอด

7) ดูแลให้ผู้คลอดได้รับยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา และติดตามอาการข้างเคียงของยา เพื่อประเมินความผิดปกติและให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงที

8) กรณีมีน้ำเดิน ให้ฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ทันที โดยฟังจนครบ 1 นาที ตรวจภายในเพื่อประเมินความผิดปกติ เช่น ภาวะสายสะดือย้อย และดูแลให้ใส่ผ้าอนามัยรองรับน้ำคร่ำ สังเกตและบันทึกสี กลิ่น ปริมาณของน้ำคร่ำ พร้อมทั้งอธิบายให้ผู้คลอดเข้าใจว่าเมื่อถุงน้ำแตกแล้วจะมีน้ำคร่ำไหลออกมาทางช่องคลอดเรื่อยๆ หากผ้าถุง ผ้าปู เปียกขึ้นให้แจ้ง พยาบาลจะได้ดูแลเปลี่ยนผ้าให้เพื่อให้สุขสบายและป้องกันการติดเชื้อ

9) ดูแล Supported ด้านจิตใจเช่นเดียวกับในระยะ Latent phase

2.3 การพยาบาลในระยะเปลี่ยนผ่าน (Transition phase) มีกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ ดังนี้

1) วัดสัญญาณชีพทุก 30 นาที วัดอุณหภูมิร่างกายเช่นเดียวกับระยะ Latent phase และ Active phase

2) ประเมินการหดตัวของมดลูกและฟัง FHS ทุก 15-30 นาที (Ricci, 2013: 474)

3) ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดโดยสังเกตสาคัดหลัง มูกเลือดที่ออกทางช่องคลอด และตรวจภายในตามอาการแสดงของผู้คลอด

4) สังเกตพฤติกรรม อารมณ์ และการแสดงออกถึงความเจ็บปวด และดูแลช่วยเหลือบรรเทาความเจ็บปวดด้วยวิธีไม่ใช่ยาหลายวิธีร่วมกัน เช่น การนวดหลัง การกดบริเวณก้นกบ การประคบเย็น การหายใจ บรรเทาปวด การฟังเพลง เป็นต้น (Perry, et al., 2010: 397-341)

5) หากผู้คลอดบอกว่าปวดถ่ายอุจจาระ หรือรู้สึกอยากเบ่ง ให้ตรวจภายในเพื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอด หากพบว่าปากมดลูกเปิดหมด แนะนำวิธีการเบ่งคลอด พยายามคอยกระตุ้นและกับผู้คลอดให้เบ่งคลอดอย่างถูกวิธี เพื่อประเมินว่าผู้คลอดสามารถเบ่งได้อย่างถูกต้องและมีการเคลื่อนต่ำของส่วนนำในขณะที่เบ่ง หรือขณะผู้คลอดเบ่งมองเห็น Vaginal gaping sign จึงจัดทำผู้คลอด Lithotomy เปิด Set และเตรียมอุปกรณ์การคลอดต่อไป

3. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสบายและบรรเทาปวดในระยะรอคลอด

3.1 การพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสบายทั่วไป

ด้านร่างกาย

1) ดูแลให้เปลี่ยนท่านอน ลูกนั่ง ยืน เดินได้ ให้คำแนะนำหรือสอนหายใจ ปีนวดบรรเทาปวด ลูกหน้าท้อง ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ฟังเพลง ทำสมาธิ ฟังจุดสนใจ พูดคุยเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวด ในระยะปากมดลูกเปิดช้า

2) ในระยะ Active phase และ transitional phase ผู้คลอดจะต้องการลดปวดเฉพาะจุดมากขึ้น เช่น หลัง เอว สะโพก เป็นต้น และควบคุมตัวเองได้น้อยลง ต้องให้การดูแลใกล้ชิดและอยู่ข้าง ๆ เพื่อช่วยควบคุมวิธีการลดปวด เช่น การเปลี่ยนท่าที่มีสิ่งยึดเหนี่ยว โดยลดการกดทับบริเวณหลังและก้นกบ ใช้เทคนิคการหายใจเบา-เร็ว-ตื้น และช่วงท้าย ๆ ใช้การหายใจเบาเร็วตื้นแล้วเป่าออก การนวดหรือกดจุด ประคบร้อน/เย็น เป็นต้น และอาจใช้อุปกรณ์เสริมอื่นๆ เช่น แก้วน้ำ ลูกบอล ไม่นวดหลัง เป็นต้น (Perry, et al., 2010: 397-341; Ricci, et al., 2013: 476-477)

3) ใช้ผ้าเย็นเช็ดใบหน้า ลำคอ ลำตัว หรือแขน จะทำให้ผู้คลอดรู้สึกสดชื่นขึ้น ส่งเสริมให้ผ่อนคลายได้

4) ดูแลให้ได้รับสารอาหารและน้ำ ในระยะ Latent phase ดูแลให้ผู้คลอดรับประทานอาหารได้ ส่วนในระยะ Active phase ให้น้ำและอาหารและดูแลให้ได้รับสารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ (dehydration)

5) ดูแลความสะอาดของสิ่งแวดล้อมรอบๆตัวผู้คลอด เช่น ผ้าปูเตียงให้เรียบร้อย แห้งสะอาด เสมอ เสื้อผ้าชุดผู้คลอดให้แห้งสะอาด จัดสิ่งแวดล้อมให้มีความเป็นส่วนตัว สร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลายด้วยการเปิดเพลงหรือดนตรีที่มีจังหวะปานกลาง ระดับเสียงไม่ดังมาก เป็นต้น (ศิริธร พุมดวง, 2559: 54; Perry, et al., 2010: 401)

6) ย้ายผู้คลอดเข้าห้องคลอดโดยครรภ์แรก เมื่อปากมดลูกเปิดหมด (Fully dilate หรือ head seen) ในครรภ์หลังย้ายเมื่อปากมดลูกเปิด 8 cms.

ในทางปฏิบัติของห้องคลอด รพ.ชลประทาน ด้วยโครงสร้างหอผู้ป่วย ห้องรอคลอดอยู่ไกลจากห้องคลอด ดังนั้นเพื่อความปลอดภัยในขณะย้ายผู้คลอด จึงมีแนวทางปฏิบัติให้ย้ายผู้คลอดเข้าห้องคลอดเมื่อเข้าสู่ระยะ active phase เพื่อให้การดูแลอย่างใกล้ชิดจนกระทั่งปากมดลูกเปิดหมดและเตรียมความพร้อมในการช่วยคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านจิตใจ

พูดคุยให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจ และความเชื่อมั่นในตนเองแก่ผู้คลอด ส่งเสริมการควบคุมตนเองในการใช้วิธีบรรเทาความปวด และการเผชิญความปวดในระยะคลอดอย่างเหมาะสม

3.2 การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา

ความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์คลอด เป็นเหตุการณ์ที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ผู้คลอดทุกรายต้องเผชิญกับความรูสึกนี้ ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายๆประการที่มีผลต่อการรับรู้ความเจ็บปวดของผู้คลอดแต่ละคน เช่น ประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอดในอดีต วัฒนธรรม ความเชื่อ สิ่งแวดล้อม และสภาพจิตใจหรือความวิตกกังวล เป็นต้น (Perry, et al., 2010:394-397) ความเจ็บปวดเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้คลอดเกิดความกลัวและกังวลซึ่งจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของมดลูกและความก้าวหน้าของการคลอดได้ ดังนั้นการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะรอคลอดจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง มีการศึกษาจำนวนมากที่แนะนำวิธีการบรรเทาปวดที่มีประสิทธิภาพในระยะคลอดโดยการไม่ใช้ยา และช่วยให้ผู้คลอดเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม เช่น วิธีการบรรเทาปวดของ Lamaze, Dick-Read, Kitzinger และ Bradley ซึ่งแนวคิดที่กล่าวมาข้างต้น (Pillitteri, 2014: 336) มีดังนี้

3.2.1 The Bradley (Partner-Coached) Method เป็นแนวคิดของ Robert Bradley โดยให้สามีเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้คลอดในระยะคลอด คือให้สามีอยู่เป็นเพื่อน ช่วยดูแลพาผู้คลอดเดินบริหารร่างกาย นวดหลัง หรือช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆแก่ผู้คลอด ซึ่งจะช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวลของผู้คลอดและเป็นผลดีต่อการคลอด

3.2.2 The Psychosexual Method เป็นแนวคิดของ Sheila Kitzinger เชื่อว่าความเครียดในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและแรกคลอดทารก เป็นจุดสำคัญที่สุดของชีวิตผู้หญิง การได้ใช้โปรแกรมในการช่วยผ่อนคลายและฝึกการหายใจแก่ผู้คลอดตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการตั้งครรภ์ เป็นการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ จะช่วยทำให้ความก้าวหน้าของการคลอดดำเนินไปได้ด้วยดี

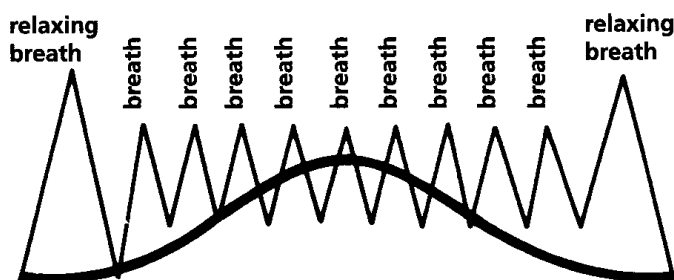
3.2.3 The Dick-Read Method เป็นแนวคิดของ Drantly Dick-Read แพทย์ชาวอังกฤษที่มีแนวคิดว่า ความกลัว (Fear) กระตุ้นให้เกิดความตึงเครียด (Tension) และความตึงเครียดส่งผลให้เกิดความเจ็บปวด (Pain) มากขึ้น ดังนั้นหากตัดวงจรความสัมพันธ์ทั้งสามอย่างนี้ได้ จะช่วยลดความเจ็บปวดได้

3.2.4 The Lamaze Method เป็นแนวคิดที่มีคนรู้จักและเป็นที่นิยมโดย Ferdinand Lamaze แพทย์ชาวฝรั่งเศสนำมาพัฒนาวิธีการบรรเทาปวด โดยมีแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีประตูความปวด (Gate control theory) ซึ่งจะลดความเจ็บปวดได้โดยการกระตุ้นการรับรู้ระบบประสาทระดับต่างๆ เช่น ไช่สัน

หลัง ก้านสมองและสมอง ด้วยวิธีการให้ข้อมูล หรือการสัมผัสที่ผิวหนัง เช่น การเตรียมความพร้อมด้าน โภชนาการก่อนการตั้งครรภ์ การออกกำลังกาย การเตรียมสามีให้ช่วยดูแลผู้คลอด การใช้เทคนิคการสัมผัสลูกได้ กดนวด ประคบเพื่อปิดประตูความเจ็บปวดในระดับไขสันหลัง เป็นต้น

วิธีการบรรเทาความปวดตามแนวคิดของ Lamaze ที่นิยมและใช้กันแพร่หลาย ได้แก่ การ หายใจที่มีการควบคุมอย่างมีแบบแผน (Consciously controlled breathing) เพื่อบรรเทาความปวดในระยะ ต่างๆของการคลอด ซึ่งมีการศึกษาวิจัยพบว่าการใช้วิธีหายใจบรรเทาปวดของ Lamaze ช่วยให้ผลลัพธ์ในระยะที่ 1 ของการคลอดมีประสิทธิภาพดี (Jhala, 2017) รายละเอียดการหายใจบรรเทาปวด มีดังนี้

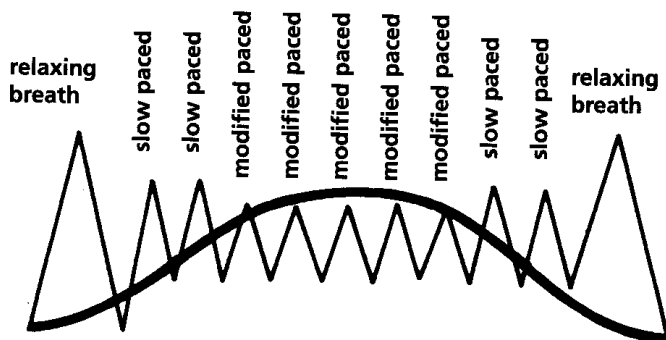
1) ระยะปากมดลูกเปิดช้า (0-3 ซม.) ใช้การหายใจแบบช้าๆ-ลึกๆ (Slow deep chest breathing) โดยเริ่มต้นด้วยการหายใจแบบล้างปอด 1 ครั้ง ต่อด้วยหายใจเข้าลึกๆ ทางจมูกช้าๆ (พร้อมกับนับใน ใจ 1 2 3 4) ผ่อนการหายใจออกทางปากช้า ๆ (พร้อมกับนับในใจ 1 2 3 4 5) ทำเช่นเดียวกันนี้ในอัตราเฉลี่ย 6-12 ครั้ง/นาที ปิดท้ายด้วยการหายใจแบบล้างปอด 1 ครั้ง



รูปที่ 15 แสดงรูปแบบการหายใจแบบ Slow deep chest breathing

ที่มา: <http://www.peacefulparents.org/labor-tools/147/>

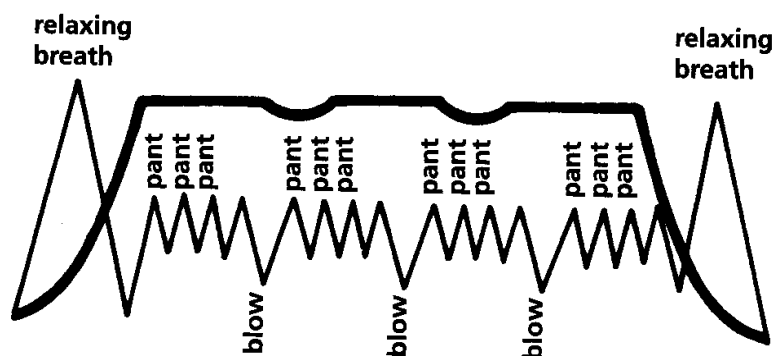
2) ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (4-7 ซม.) ใช้การหายใจแบบตื้น-เร็ว-เบา (Shallow accelerated-decelerated breathing) เริ่มต้นหายใจแบบล้างปอด 1 ครั้ง ตามด้วยขณะมดลูกเริ่มหดตัวให้หายใจแบบช้า ก่อน (ตามวิธีที่ 1) เมื่อมดลูกหดตัวเต็มที่แล้วจึงเปลี่ยนเป็นการหายใจแบบตื้นๆ เร็วๆ เบาๆ ไปเรื่อยๆจนรู้สึก ว่ามดลูกคลายตัวจึงกลับไปหายใจแบบช้าอีกครั้ง และปิดท้ายด้วยการหายใจแบบล้างปอด 1 ครั้ง



รูปที่ 16 แสดงรูปแบบการหายใจแบบ Accelerated-decelerated breathing

ที่มา: <http://www.peacefulparents.org/labor-tools/147/>

3) ระยะเปลี่ยนผ่าน (ปากมดลูกเปิด 8-10 ซม.) ใช้การหายใจแบบตื้น-เร็ว-เป่าออก หรือคล้าย การเป่าเทียน (Pant-blow breathing) เริ่มต้นโดยหายใจแบบล้างปอด 1 ครั้ง ตามด้วยการหายใจทางปากแบบ ตื้นๆ เร็วๆ เบาๆ 4 ครั้ง แล้วเป่าลมออก 1 ครั้ง คล้ายออกเสียง hee-hee-hee-hoo เมื่อมดลูกคลายตัวให้ หายใจแบบล้างปอด 1 ครั้ง (Pillitteri, 2014: 339)



รูปที่ 17 แสดงรูปแบบการหายใจแบบ Pant-blow

ที่มา: <http://www.peacefulparents.org/labor-tools/147/>

4) การหายใจในระยะเบ่งคลอด (ปากมดลูกเปิด 10 ซม.) โดยหายใจเข้าทางจมูกให้ลึกที่สุดเท่าที่จะทำได้ กลั้นลมหายใจ ปิดปากแน่น ก้มหน้าให้คางชิดอกให้หลังชิดพื้นเตียงพร้อมทั้งเบ่งลมไปทางช่องคลอด (คล้ายการเบ่งถ่ายอุจจาระเวลาที่ท้องผูก) แล้วหายใจออกทางปาก ทำเช่นนี้ประมาณ 3-4 รอบ ต่อการหดตัวของมดลูก 1 ครั้ง เมื่อหยุดเบ่งให้อ้าปาก หายใจเข้า-ออกทางปากตื้นๆ เร็วๆ แล้วหายใจตามปกติ

นอกจากการหายใจเพื่อบรรเทาความปวดแล้ว การบรรเทาความปวดในระยะคลอดที่มีประสิทธิภาพควรใช้หลายๆวิธีร่วมกัน ซึ่งเทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxing technique) (WHO, 2018) มีอยู่หลายวิธีที่สามารถนำมาใช้ร่วมกับการหายใจบรรเทาปวด ได้แก่

1) การลูบหน้าท้อง โดยวางมือ 2 ข้างบนหน้าท้องบริเวณยอดมดลูก เมื่อมดลูกหดตัวให้ใช้มือทั้ง 2 ข้างลูบจากบนลงล่าง แล้ววนออกด้านนอก ลูบขึ้นด้านบนให้มือสองข้างมาชนกันที่บริเวณยอดมดลูกอีกครั้ง ทำเช่นนี้ร่วมกับการหายใจบรรเทาปวดจนกว่ามดลูกจะคลายตัว แต่ถ้าขณะนั้นติดเครื่อง EFM อยู่ไม่สามารถลูบที่หน้าท้องได้ ให้ลูบสัมผัสที่บริเวณต้นขาแทน (Pillitteri, 2014: 340)

2) การเพ่งจุดสนใจหรือจินตนาการ เช่น ดูรูปภาพทารกน่ารักๆ อ่านหนังสือ การจินตนาการถึงสิ่งดีๆ ที่สวยงาม เป็นต้น

3) การเคลื่อนไหวร่างกายหรือปรับเปลี่ยนท่าทาง ไม่ว่าจะเป็นการนั่ง ลูกเดิน หรือการขยับร่างกายเพื่อบริหาร (Ricci, et al., 2013: 459) เช่น การนั่งในท่ามณีเวชหรือท่าผีเสื้อพร้อม แล้วใช้มือกดเข้าทั้งสองข้างลงเพื่อให้อกแน่น เส้นเอ็น และข้อต่อบริเวณต้นขาและสะโพกยืดขยาย ช่วยลดปวดได้ (พญศรี อุทัยรัตน์ และอาลี แซ่เจี๊ยะ, 2561) การเคลื่อนไหวและการอยู่ในท่าศีรษะสูง (ปราณี ชีโรโสภณ และคณะ, 2560) การเต้นช้าๆ (Dancing) หรือขยับร่างกาย แขน-ขาในท่าทางคล้ายการเดินช้าๆ โดยให้สามีช่วยพยุง ช่วยลดความเจ็บปวดและทำให้ความก้าวหน้าของการคลอดดำเนินไปด้วยดี (Toberna, et al., 2020) การจัดให้ผู้คลอดอยู่ในท่าที่คล้าย

แมวขู (Prince of Songkha University Cat: PUS Cat) สลับกับการนอนศีรษะสูงร่วมกับการฟิงดนต์รีจะช่วยลดการกระตุ้นที่มดลูก ทำให้ลดอาการปวดได้ (ศศิธร พุมดวง, 2559: 41)

4) การใช้กลิ่นหอมระเหยลาเวนเดอร์ร่วมกับการหายใจบรรเทาปวด ในกลุ่มที่ใช้กลิ่นลาเวนเดอร์มีคะแนนความปวดต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ และสามารถลดการรับรู้ความปวดในระยะปากมดลูกเปิด 9-10 ซม. ได้ด้วย (Vakilian, Keramat, and Gharacheh, 2018).

5) การนวดและการสัมผัส ไม่ว่าจะเป็นการนวดที่ศีรษะ นวดสัมผัสที่หลัง นวดมือและเท้า จะช่วยให้ผู้คลอดเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย สุขสบายและรับรู้ความปวดลดลง (Perry, et al., 2010: 402; Jhala, 2017)

6) การใช้วารีบำบัด การอาบน้ำ หรือการแช่น้ำในขณะรอคลอดเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ทำให้ผู้คลอดรู้สึกผ่อนคลาย สุขสบายและช่วยบรรเทาความเจ็บปวดได้ (Perry, et al., 2010: 403; Ricci, et al., 2013:458)

7) การประคบร้อน-เย็น โดยการใช้เจลร้อน หรือเจลเย็น ประคบที่บริเวณหลังส่วนล่าง และต้นขาของผู้คลอด (Ricci, et al., 2013: 460)

8) การให้ความรู้หรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด โดยเตรียมความพร้อมผู้คลอดและสามีตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ จะช่วยลดความวิตกกังวล ลดความกลัว เป็นการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจและช่วยให้ผู้คลอดเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสมในระยะคลอด (Pillitteri, 2014; ปิยะนุช ขวัญเมือง และคณะ, 2563)

3.3 การบรรเทาปวดโดยการให้ยา

ยาที่นิยมใช้เพื่อบรรเทาความปวดและมีความปลอดภัยต่อมารดาและทารกในครรภ์ในระยะคลอด จะใช้เป็นกลุ่มระงับประสาท (Sedative) ซึ่งมีฤทธิ์ช่วยลดความวิตกกังวลและช่วยให้หลับพักผ่อนได้ ยาที่ใช้ ได้แก่ ยากลุ่มเสพติด (Opioids) เช่น Morphine, Pethidine, Fentanyl เป็นต้น (Ricci, 2013: 464-465) ซึ่งยากลุ่มนี้มีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง จึงมีผลต่ออัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจของผู้คลอด รวมถึงทารกในครรภ์ และหากผู้คลอดได้รับยาก่อนการคลอดในระยะเวลาน้อยกว่า 4 ชั่วโมง ทารกแรกเกิดจะอาจแสดงอาการจากผลข้างเคียงของยาได้ เช่น หลับ ไม่ร้อง กล้ามเนื้อไม่มีแรง หายใจช้า เป็นต้น

วิธีการบริหารบรรเทาปวดกลุ่ม Opioids สามารถให้ได้หลายวิธี เช่น การฉีเข้าทางหลอดเลือดดำ ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ และการให้ทางไขสันหลัง (Ricci, et al., 2013; Perry, et al., 2010) แต่ในการปฏิบัติงานของนิสิตพยาบาล สามารถให้ยาบรรเทาปวดแก่ผู้คลอดได้ภายใต้การนิเทศของอาจารย์ผู้สอนหรือพยาบาลวิชาชีพที่เป็นครูพี่เลี้ยง และสามารถให้ยาโดยการฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ หรือทางกล้ามเนื้อเท่านั้น ซึ่งวิธีการบริหารยาบรรเทาปวดและการพยาบาลที่สำคัญก่อน-หลังการให้ยา มีดังนี้

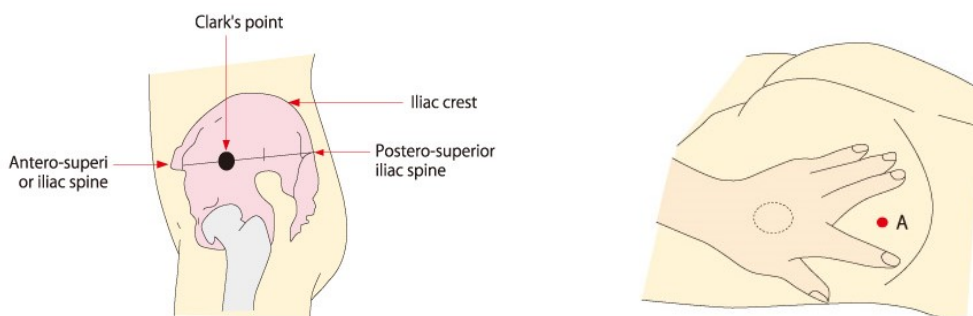
Pethidine (50 mg/1 mL/amp) หรือ Morphine (10 mg/1 mL/amp) มีวิธีการบริหารยา ดังนี้

คำสั่งการรักษา Pethidine 25 mg IM stat, then prn for severe pain ทุก 4-6 ชั่วโมง

ก่อนให้ยา

- ตรวจสอบคำสั่งการรักษาให้ถูกต้องครบถ้วน
- เบิกยา Pethidine และตรวจสอบชนิดของยากับพยาบาลหัวหน้าเวร เนื่องจากเป็นยากลุ่มเสพติดและเป็น high alert drug จึงต้องมีการควบคุมการใช้ยาอย่างเคร่งครัด

- ตรวจสอบยาให้ตรงกับคำสั่งการรักษาของแพทย์ ดูวันหมดอายุของยาให้เรียบร้อย
- เตรียมยาโดยใช้ Syringe ขนาด 3 ซีซี หัวเข็มเบอร์ 21 ดูดยาออกมาในปริมาณตามที่แพทย์สั่ง เช่น แพทย์มีคำสั่งให้ Pethidine 25 mg IM stat ต้องดูดยาปริมาณ 0.5 ซีซี เท่านั้น ยาที่เหลือให้ใช้ Syringe อีก อันดูยาเก็บไว้แล้วเขียนชื่อผู้คลอด ชื่อยา ปริมาณยาที่เหลือ เวลาที่เปิดยา ใส่ไว้ใน Tray สะอาดปิดฝาให้เรียบร้อย ไว้ใช้ในกรณีที่ต้องให้ในครั้งต่อไป หลังจากนั้นเปลี่ยนหัวเข็มสำหรับฉีดเป็นเบอร์ 24-26 ยาว 1.5 นิ้ว
- เก็บ amp ยาเปล่า ส่งคืนให้พยาบาลหัวหน้าเวร เพื่อลงบันทึกการใช้ยาในบัญชียาเสพติด และเพื่อนำ amp ยาเปล่าไปแลกยาใหม่เมื่อทำการเบิกที่แผนกเภสัชกรรม
- ก่อนฉีดยาตรวจสอบชื่อ-สกุลผู้คลอดในใบคำสั่งการรักษา ใบบันทึกการให้ยา (MAR) และสอบถามจากผู้คลอดพร้อมกับดูป้ายชื่อมืออีกครั้ง สอบถามประวัติการแพ้ยาอีกครั้งก่อนการฉีดยา
- อธิบายผู้คลอดเกี่ยวกับเหตุการณ์ให้ยา และบอกผู้คลอดว่าพยาบาลจะฉีดยาชื่ออะไร ที่ตำแหน่งไหน ของร่างกาย บอกถึงผลข้างเคียงของยาว่าจะทำให้ผู้คลอดง่วงนอน เวียนศีรษะ คลื่นไส้ หรืออาเจียนได้ หากมีอาการเหล่านี้ ให้รีบแจ้งพยาบาลเพื่อให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที
- วัดสัญญาณชีพผู้คลอด (BP, PR, RR) ฟัง FHS ทารกในครรภ์ ก่อนการให้ยาและบันทึกให้เรียบร้อย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานอ้างอิงในการติดตามเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยา
- เตรียมยาแก้พิษ (Antidote) Pethidine ได้แก่ Naloxone หรือ Narcan เพื่อกรณียากดการหายใจของผู้คลอดหรือมีผลต่อทารกในครรภ์
- ปิดม่าน จัดทำให้ผู้คลอดนอนตะแคงข้างใดข้างหนึ่ง เปิดผ้าบริเวณสะโพกเฉพาะบริเวณที่จะฉีดยา และทำการวัดตำแหน่ง โดยลากเส้นจาก anterior-superior iliac spine มาถึง coccyx แล้วแบ่งเป็น 3 ส่วน ฉีดยาที่ระหว่างส่วนที่ 1 กับ 2 หรือใช้ฝ่ามือวัด ดังแสดงในรูปที่ 17



รูปที่ 18 แสดงการวัดตำแหน่งการฉีดยาที่กล้ามเนื้อสะโพก

ที่มา: https://www.kokenmpc.co.jp/english/products/life_simulation_models/nursing_education/lm-057/index.html

ขณะให้ยา

- ใช้สาลิแอลกอฮอล์เช็ดทำความสะอาดบริเวณที่จะฉีด ปักเข็มฉีดยาที่ตำแหน่ง Clark's point ทำมุม 90 องศากับกล้ามเนื้อสะโพก ใช้มือข้างที่ไม่ถนัดจับบริเวณ hub ของเข็มฉีดยาเพื่อ Fixed ตำแหน่งเข็ม ใช้มือข้างที่ถนัดดึงแกน Syringe ขึ้นเล็กน้อย เพื่อตรวจสอบให้แน่ใจว่าเข็มฉีดยาไม่เข้าไปในหลอดเลือด แล้วค่อยๆดัน

ยาเข้ากล้ามเนื้ออย่างช้าๆ เมื่อยาหมด ให้ถอนเข็มฉีดยาออกตรงๆอย่างรวดเร็ว แล้วใช้สำลีแห้งสะอาดกดตรงตำแหน่งเข็มฉีดยาและติดพลาสเตอร์ ไม่คลึงบริเวณที่ฉีดยา

- ในระหว่างการฉีดยา ชวนผู้คลอดคุยหรือพูดคุยกับผู้คลอดไปด้วย เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวดขณะแทงเข็มและขณะฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ

หลังให้ยา

- ให้ผู้คลอดนอนพักในท่าที่สบาย และแนะนำผู้คลอดไม่ให้ลุกนั่งหรือลุกจากเตียง หรือลุกเดิน ประมาณ 1 ชั่วโมง เนื่องจากหลังฉีดยาประมาณ 15 นาที ยาจะออกฤทธิ์ซึ่งอาจทำให้รู้สึกง่วงนอน มีนเวียนศีรษะ ดังนั้นผู้คลอดควรนอนหลับและพักผ่อนอย่างน้อย 1 ชั่วโมงหลังการให้ยา

- ติดตามวัดสัญญาณชีพ (BP, PR, RR) และฟัง FHS ทุก 15 นาที 4 ครั้ง หลังการให้ยา สังเกตลักษณะการหายใจ อัตราการหายใจ และอัตราการเต้นของหัวใจ หากหายใจน้อยกว่า 14 ครั้ง/นาที หรือชีพจรน้อยกว่า 60 ครั้ง/นาทีให้รีบรายงานแพทย์

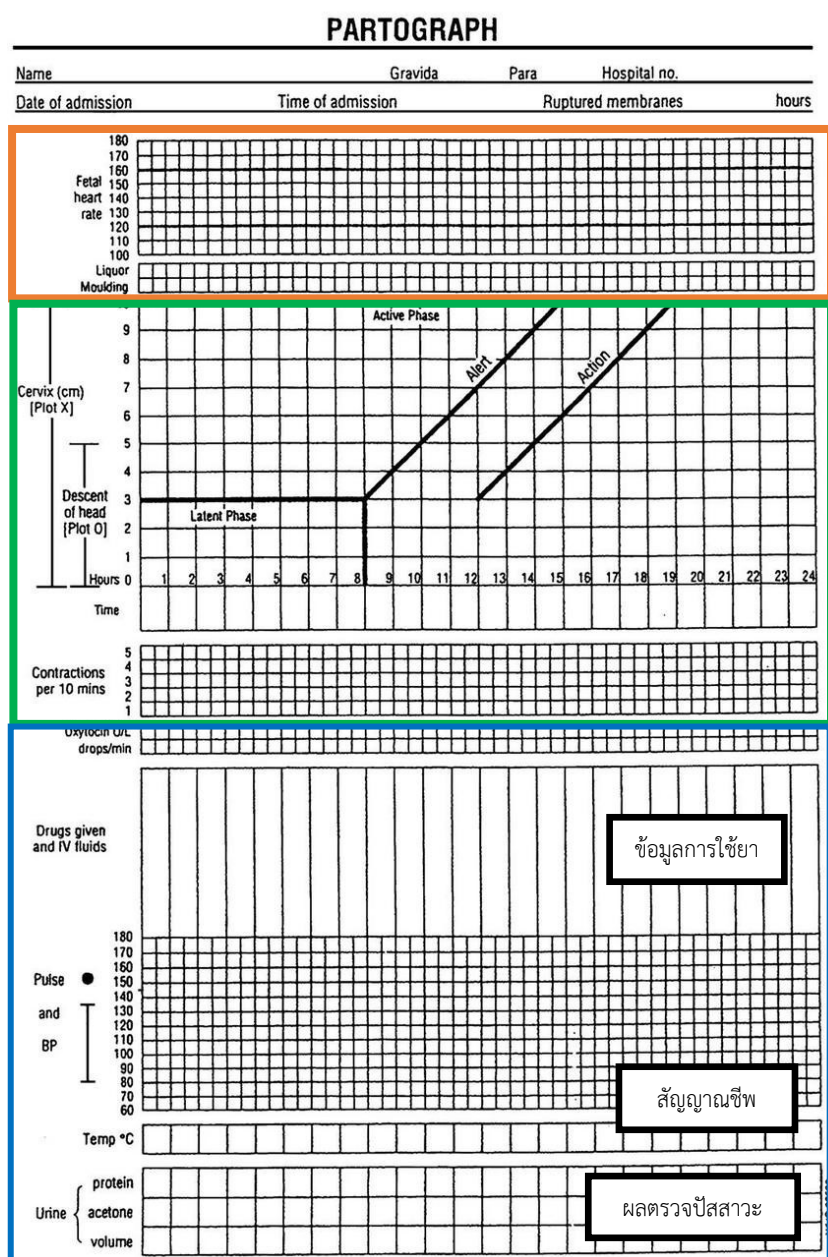
- อธิบายผู้คลอดให้เข้าใจว่ายาไม่ได้ช่วยให้ความปวดหายไปทั้งหมด เพียงจะช่วยลดระดับความเจ็บปวดลงบางส่วน ดังนั้นผู้คลอดจะยังรู้สึกปวดเมื่อมีการหดตัวของมดลูก เพื่อให้ผู้คลอดเข้าใจและคลายความวิตกกังวล

- เชื้อเชื้อ ลงบันทึกเวลาที่ฉีดยา ในใบบันทึกการให้ยาให้เรียบร้อย

4. การบันทึกและวิเคราะห์กราฟการคลอด (Partograph)

การพยาบาลในระยะที่ 1 ของการคลอด นอกจากพยาบาลจะให้การพยาบาลต่างๆตามที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น พยาบาลยังต้องให้การดูแลติดตามเฝ้าระวังภาวะผิดปกติต่างๆในระหว่างการรอกคลอดด้วย เช่น การหดตัวของมดลูกผิดปกติ ความก้าวหน้าของการคลอดผิดปกติ หรือภาวะสุขภาพทารกในครรภ์ผิดปกติ เป็นต้น จากข้อมูลทางวิชาการในอดีตเมื่อ 50 ปีก่อน มีผู้คลอดได้รับอันตรายและเสียชีวิตจากการคลอดจำนวนมาก องค์การอนามัยโลกจึงได้มีการรณรงค์ให้นักกราฟดูแลการคลอดมาใช้เพื่อติดตามภาวะผิดปกติต่างๆของผู้คลอด และได้มีการพัฒนารูปแบบของกราฟมาเรื่อยๆ โดยในปี 1967 สูติแพทย์ชาวอเมริกันชื่อ Friedman ได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดขยายของปากมดลูกกับระยะเวลาของการเจ็บครรภ์ และแสดงให้เห็นเป็นกราฟลักษณะ S-Shape (กรมอนามัย, 2559; WHO, 1994) ต่อมาในปี 1972 Philpott สูติแพทย์ชาวอังกฤษได้ดัดแปลง Friedman's Curve ใหม่เนื่องจากผลการศึกษาการใช้กราฟพบว่าผู้คลอดมีการเปิดขยายของปากมดลูกไม่เหมือนกันทุกคน Philpott จึงสร้างกราฟเส้นตรง Alert line แทน S-curve ของ Friedman โดยกำหนดให้เส้น Alert line ตรงกับการเปิดของปากมดลูก 1 ซม. ที่เวลา 0 (เริ่มต้น) และตรงกับการเปิดของปากมดลูก 10 ซม. ที่เวลา 9 ชั่วโมง เฉลี่ย 1 ซม./ชม. ซึ่งเป็นอัตราเฉลี่ยการเปิดปากมดลูกในผู้คลอดประมาณ 10% ที่มีการเปิดของปากมดลูกช้าที่สุด นอกจากนี้ยังได้เพิ่มเส้นตรงขนานกับ Alert line อีก 1 เส้น ห่างจาก Alert line 4 ชั่วโมง เส้นใหม่นี้เรียกว่า Action line ทำให้สามารถแบ่งสตรีในระยะคลอดเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 อยู่ด้านซ้ายของ Alert line คือคลอดก่อนที่กราฟจะถึง Alert line ซึ่งเป็นการคลอดปกติ กลุ่มที่ 2 อยู่ระหว่าง

Alert line กับ Action line เป็นกลุ่มที่มีความก้าวหน้าของการคลอดค่อนข้างช้า แต่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้ และกลุ่มที่ 3 กราฟการคลอดเลย Action line ไปทางขวา เป็นกลุ่มที่มีความก้าวหน้าของการคลอดล่าช้า หรือมีความผิดปกติของปัจจัยการคลอดและจำเป็นต้องมีการช่วยคลอด เช่น ให้อาแรงคลอด ใช้สูติศาสตร์หัตถการ หรือผ่าตัดคลอด ต่อมาก็ได้มีการพัฒนา Partograph ของ Philpott อีกหลายครั้งจนได้ WHO Partograph ที่ใช้กันในปัจจุบัน ซึ่งมีระยะ Latent phase 8 ชั่วโมง ก่อน Alert line เป็นระยะที่ปากมดลูกเปิด 0-3 ซม. ส่วนเส้น Alert line เริ่มต้นที่ชั่วโมงที่ 9 ตรงตำแหน่งที่ปากมดลูกเปิด 3 ซม. และเส้น Action line จะห่างจาก Alert line 4 ชั่วโมง โดยขนานไปกับเส้น Alert line (กรมอนามัย, 2559; WHO, 1994) ดังรูปที่ 19



บันทึกข้อมูลทารกในครรภ์
FHR, Amniotic fluid, Moulding

บันทึกข้อมูลความก้าวหน้าของการคลอด
Cx.Dilation, Cx.Effacement, Station
Uterine contractions

บันทึกข้อมูลของมารดา
การใช้ยาในระยะคลอด, สัญญาณชีพ,
ผลการตรวจปัสสาวะ

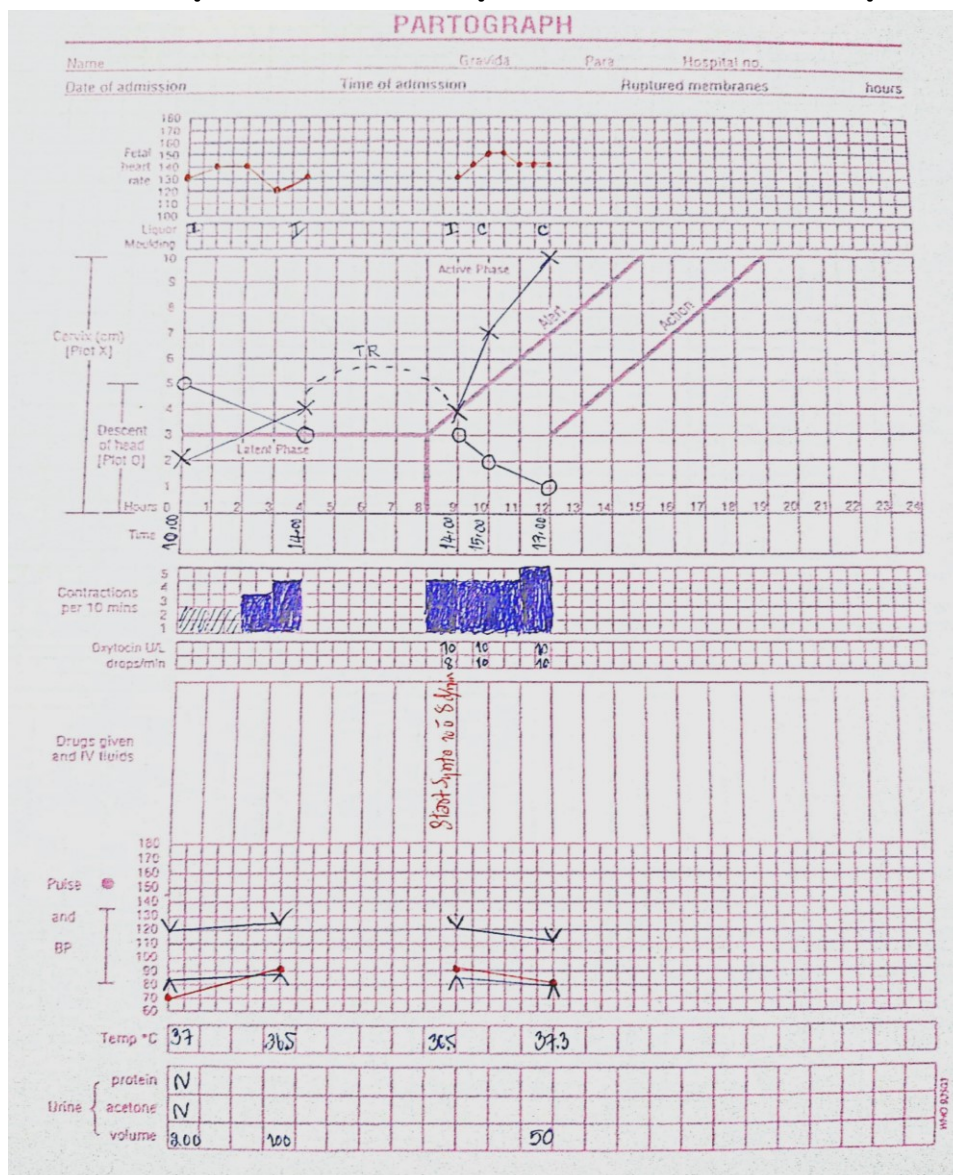
รูปที่ 19 แสดงลักษณะของ WHO Partograph

ที่มา: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2559

http://advisor.anamai.moph.go.th/main.php?filename=JHealthVol19No2_07

ดังนั้น WHO (2018) จึงได้เน้นย้ำให้พยาบาลผู้ดูแลใช้ Partograph ในการบันทึกติดตามความก้าวหน้าของการคลอด เพื่อความปลอดภัยของทั้งมารดาและทารกในครรภ์ เนื่องจากหากพบว่ากราฟการคลอดมีแนวโน้มผิดปกติ จะได้รับรายงานแพทย์และช่วยเหลือได้ทันที

วิธีบันทึกข้อมูลใน Partograph จากรูปที่ 19 แสดงถึงส่วนประกอบของกราฟบันทึกการคลอด แต่ละส่วน เพื่อให้ลงบันทึกได้อย่างถูกต้อง และการบันทึกข้อมูลในกราฟการคลอด ดังตัวอย่างในรูปที่ 20



รูปที่ 20 แสดงการบันทึกกราฟการคลอด

1. การบันทึก FHR ทารกในครรภ์ ใช้สัญลักษณ์ จุดกลม จุดด้วยปากกาสีแดง
2. การบันทึก Liquor (amniotic fluid) ใช้สัญลักษณ์ I กรณีถุงน้ำยังไม่แตก ใช้ R กรณีถุงน้ำคร่ำแตกแล้ว ใช้ C กรณีถุงน้ำคร่ำแตกและน้ำคร่ำปกติ Clear และใช้ M กรณีถุงน้ำคร่ำแตกและมี meconium stained

3. การบันทึกการเปิดขยายของปากมดลูก ใช้สัญลักษณ์ X เขียนด้วยปากกาสีน้ำเงิน ทับบนเส้นเวลา ซึ่งเส้นช่องเวลาจะห่างกันช่องละ 1 ชม.

4. การบันทึกระดับส่วนนำ ใช้สัญลักษณ์ O เนื่องจากส่วนนำส่วนใหญ่เป็น Occiput และใช้ปากกาสีน้ำเงินวงกลมทับเส้นระดับของส่วนนำให้ตรงกับเส้นแนวตั้งที่บอกเวลา ณ เวลาที่ตรวจภายใน

5. การย้ายสัญลักษณ์การเปิดขยายของปากมดลูกและระดับส่วนนำ ใช้สัญลักษณ์ TR และเส้นประ เมื่อเข้าสู่ระยะ Active phase ให้ย้าย X มาเขียนบนเส้น Alert line ณ จุดตัดที่ปากมดลูกเปิด เช่น 4, 5, หรือ 6 ชม. ย้าย O และเวลาที่ปากมดลูกเข้าสู่ Active phase มาด้วย แล้วโยงเส้นประ จากตำแหน่งใน Latent phase มายัง Active phase ดังตัวอย่างในรูปที่ 19

6. การบันทึกการหดตัวของมดลูก ในช่องบันทึกให้ใช้เป็นจำนวนครั้งการหดตัวของมดลูกในเวลา 10 นาที ว่ามีการหดตัวกี่ครั้ง เช่น ถ้ามดลูกหดตัวทุกๆ 3 นาที หมายถึง หดตัว 3 ครั้งใน 10 นาที ให้ระบายในช่องจำนวนครั้งที่ UC ถึงเส้นหมายเลข 3 เป็นต้น

ส่วนสัญลักษณ์ที่บอกความนาน (duration) ของ UC มี 3 ระดับ ดังนี้ (กรมอนามัย, 2559; WHO, 1994) จุดสีดำ หมายถึง มดลูกหดตัว <20 วินาที

เส้นลายเฉียง หมายถึง มดลูกหดตัว 20-40 วินาที

สีดำทึบ หมายถึง มดลูกหดตัว >40 วินาที

7. บันทึกปริมาณยา Oxytocin ที่ผสมในสารน้ำ 1000 ซีซี ด้วยตัวเลข มีหน่วยเป็นยูนิต และในช่อง Drop/min ให้เขียนตัวเลขจำนวนหยดยาที่ผู้คลอดได้รับ ณ เวลานั้นๆ

8. ช่องที่เป็นยาและสารน้ำให้ใส่ชื่อสารน้ำและยาที่ผู้คลอดได้รับด้วยปากกาสีแดง เนื่องจากเป็นยาที่ให้ทางหลอดเลือดดำ

9. การบันทึกสัญญาณชีพมารดา ชีพจร ใช้เครื่องหมายจุดกลม เขียนด้วยปากกาสีแดง ความดันโลหิต Systolic ใช้สัญลักษณ์ V, Diastolic ใช้สัญลักษณ์ A เขียนด้วยปากกาสีน้ำเงิน อุณหภูมิร่างกายเขียนเป็นตัวเลขด้วยปากกาสีน้ำเงิน

10. บันทึกผลการตรวจปัสสาวะ Albumin (Protien) และ Sugar (Acetone) หากปกติให้เขียน N, หากผลเป็น Trace เขียน T และหากผลผิดปกติให้เขียน +/-/+/-/+ ตามระดับความรุนแรง และบันทึกปริมาณปัสสาวะโดยเขียนด้วยปากกาสีน้ำเงินในช่องให้ตรงเวลาที่ผู้คลอดปัสสาวะ

การวิเคราะห์และแปลผล Partograph .ในการติดตามความก้าวหน้าของการคลอดด้วยกราฟการคลอดนั้น สามารถช่วยให้พยาบาลวินิจฉัยความผิดปกติต่างๆได้เร็วกว่าไม่ใช้กราฟ และความผิดปกติที่พบได้บ่อยๆ มี 2 แบบ ได้แก่ ความผิดปกติการเปิดขยายของปากมดลูก และความผิดปกติการเคลื่อนต่ำของส่วนนำ ซึ่งทำให้เกิดการคลอดล่าช้าหรือระยะเวลาในการคลอดยาวนานได้

การคลอดปกติ (normal labor) หมายถึง การคลอดทางช่องคลอดในครรภ์ครบกำหนดที่ทารกมีศีรษะเป็นส่วนนำ โดยท้ายทอยอยู่ด้านหลังของช่องเชิงกราน กระบวนการคลอดดำเนินไปตามธรรมชาติไม่มีการใช้สูติ

ศาสตร์หัตถการในการช่วยคลอด ใช้ระยะเวลาตั้งแต่เจ็บครรภ์จริง (onset of labor) ถึงรกลอด ไม่เกิน 24 ชั่วโมง และไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆตลอดการคลอด (นันทพร แสนศิริพันธ์, 2561).

การคลอดยาวนาน (Prolonged labor) หมายถึง การคลอดยาก ที่มีการเจ็บครรภ์คลอดนานเกิน 24 ชั่วโมง ถ้าการคลอดยากนั้นได้รับการแก้ไขให้สิ้นสุดลงภายใน 24 ชั่วโมง การคลอดนั้นไม่ถือเป็นการคลอดยาวนาน

การคลอดติดขัด (Obstructed labor) หมายถึง การคลอดที่ไม่สามารถดำเนินต่อไปได้ตามปกติ เนื่องจากการเคลื่อนตัวของส่วนนำถูกขัดขวาง (mechanical obstruction) จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข มิฉะนั้น จะไม่สามารถดำเนินการคลอดต่อไปได้

สาเหตุและปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการคลอดยากหรือล่าช้า ได้แก่

1. ความผิดปกติของแรง (abnormal powers) ได้แก่ แรงจากการหดตัวของมดลูก และแรงเบ่งของมารดา ความผิดปกติของการหดตัวของมดลูก มี 2 ชนิด คือ

1.1 การหดตัวของมดลูกมากกว่าปกติ

1.1.1 การหดตัวของมดลูกไม่ประสานกัน คือ หดตัวบ่อย แต่ไม่สม่ำเสมอ กล้ามเนื้อมดลูกแต่ละส่วนหดตัวไม่สัมพันธ์กัน มดลูกหดตัวแรงเฉพาะส่วนกลางและส่วนล่าง ส่วนยอดมดลูกไม่หดตัว ทำให้ปากมดลูกไม่เปิดขยาย ส่วนนำไม่เคลื่อนต่ำลงมา มักพบในผู้คลอดที่มีความกลัว วิดกกังวลสูง ครรภ์แรก ตั้งครรภ์อายุมาก ทารกผิดปกติ หรือ CPD อาการที่พบคือ ผู้คลอดเจ็บครรภ์ตลอดเวลา แรงดันในมดลูกเฉลี่ย > 60 mmHg ไม่มีความก้าวหน้าของการคลอด

1.1.2 มดลูกหดตัวไม่คลาย (tetanic contraction) คือ มดลูกหดตัวแข็งตึงตลอดเวลา หดตัวนานและถี่ ระยะพักสั้นหรือไม่มีระยะพัก มักพบในกรณีทำของทารกผิดปกติ CPD ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกในอัตราเร็วเกินไป อาการที่พบ คือ มดลูกหดตัวนานกว่า 90 วินาที ระยะห่างน้อยกว่า 2 นาที

1.1.3 มดลูกหดตัวเป็นวงแหวน (constriction ring) คือ กล้ามเนื้อมดลูกชั้นกลางที่มีลักษณะเป็นวงกลม หดตัวแรงแต่ไม่สม่ำเสมอ และหดตัวเฉพาะที่แบบไม่คลาย มักพบในรายที่มีน้ำคร่ำน้อย ได้รับยากระตุ้นการเจ็บครรภ์มากเกินไป อาการที่พบ คือ ผู้คลอดเจ็บครรภ์มาก ตรวจไม่พบวงแหวนทางหน้าท้อง แต่ตรวจภายในจะพบว่าผนังมดลูกหดตัวและรัดรอบคอทารก

1.2. การหดตัวของมดลูกน้อยกว่าปกติ การหดตัวของมดลูกเป็นจังหวะตามปกติ แต่หดตัวไม่แรง มักเกิดในระยะ active phase ช่วงระยะที่ 2 ของการคลอด มักพบในรายที่มีการยืดขยายของกล้ามเนื้อมดลูกมากกว่าปกติ ครรภ์แฝด ผ่านการคลอดหลายครั้ง ทารกตัวโต ได้รับยาบรรเทาปวด กระเพาะปัสสาวะเต็ม เจ็บครรภ์คลอดยาวนาน อ่อนเพลีย ขาดน้ำ อาการที่พบ คือ แรงดันในมดลูกเฉลี่ย < 25 mmHg, interval > 3 min, duration < 40 sec, severity +/++

1.3 ความผิดปกติของแรงเบ่ง เกิดจากการเบ่งไม่ถูกวิธี ทำให้การเบ่งคลอดไม่เหมาะสม เหนื่อยล้า อ่อนเพลียจากการเจ็บครรภ์คลอดยาวนาน หรือมีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ หอบหืด ซีดรุนแรง เป็นต้น

2. ความผิดปกติของช่องทางคลอด (abnormal passages) ได้แก่ ความผิดปกติของกระดูกเชิงกราน และช่องทางคลอด

2.1 กระดูกเชิงกรานผิดปกติ

1. ช่องทางเข้าเชิงกรานแคบ (pelvic inlet contraction)
2. ช่องกลางเชิงกรานแคบ (mid pelvic contraction)
3. ช่องทางออกเชิงกรานแคบ (pelvic outlet contraction)

2.2 ช่องทางคลอดผิดปกติ

1. ปากช่องคลอดตีบแคบ ผิเย็บแข็งตึง มีเนื้องอก หรือเป็นโรค เช่น condyloma, bartholin abscess เป็นต้น
2. ช่องคลอดตีบ หรือมีผนังกัน มีก้อนเนื้องอก
3. ปากมดลูกบวม จากการเบ่งก่อนที่ปากมดลูกจะเปิดหมด
4. มดลูก มีลักษณะคว่ำหน้าหรือคว่ำหลังมากเกินไป มีเนื้องอกมดลูก มดลูกหย่อน

3. ความผิดปกติของทารก (passengers) ได้แก่ ส่วนนำ ท่าของทารก ขนาดรูปร่างของทารก และทารกที่มีพัฒนาการผิดปกติ

3.1 ส่วนนำผิดปกติ

1. Breech presentation ส่วนนำเป็นก้น
2. Shoulder/acromion presentation ส่วนนำเป็นไหล่
3. Compound presentation การมีส่วนนำร่วม เช่น ศีรษะกับมือ หรือศีรษะกับเท้า แขน-ขา ยื่นออกมาด้วย

3.2 ท่าผิดปกติ

1. ท่าย่อยอยู่ด้านหลัง (OPP)
2. ท่าย่อยอยู่แนวขวาง (OTP)

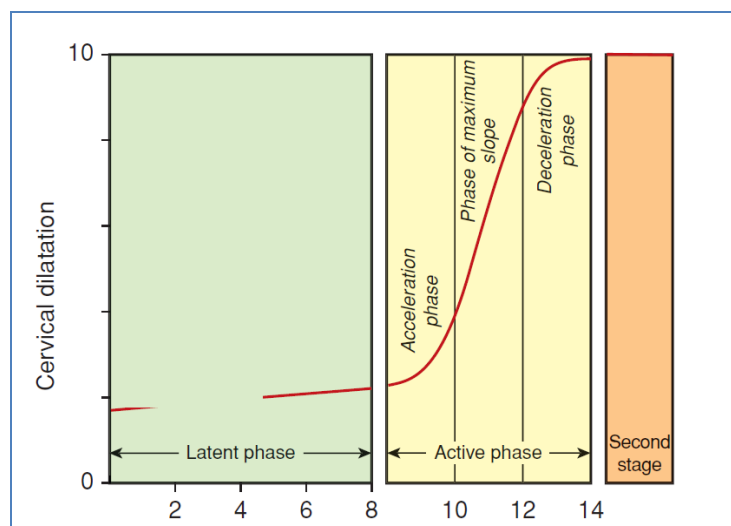
3.3 ทรงของทารกผิดปกติ

1. Bregma presentation ทารกมีส่วนนำเป็นกระหม่อมหน้า
2. Brow presentation ทารกมีส่วนนำเป็นหน้าผาก
3. Face presentation ทารกมีส่วนนำเป็นหน้า คืออยู่ในท่าแขนงหน้า

3.4 ทารกในครรภ์เจริญผิดปกติ

1. Macrosomia
2. Hydrocephalus
3. Anencephaly

4. Large fetal abdomen
5. Multifetal gestation : twins



รูปที่ 21 กราฟแสดงระยะเวลาและการเปิดขยายของปากมดลูกตาม Friedman's curve

ที่มา: Cunningham et al., 2014: 445

เวลาที่ใช้ใน Phase ต่างๆของการคลอดปกติ

ระยะและ Phase ของการคลอด (ชั่วโมง)	ครรภ์แรก		ครรภ์หลัง	
	ค่าเฉลี่ย	ค่าปกติสูงสุด	ค่าเฉลี่ย	ค่าปกติสูงสุด
First stage of labor				
Latent phase	8.6	20.6	5.3	13.6
Active phase				
- Acceleration phase	4.9	11.7	2.2	5.2
- Maximum slope	3.0	1.2	5.7	1.5
- Deceleration phase	0.9	3.3	0.23	0.9
Second stage of labor	0.95	2.5	0.29	0.8

(Cunningham et al., 2014: 456)

ชนิดของการคลอดยาวนาน

ลักษณะของการคลอดยาวนานในระยะที่หนึ่งของการคลอด แบ่งตาม Friedman ได้ 3 ประเภท ดังนี้

1. Prolongation disorder

1.1 Prolonged latent phase หมายถึง การคลอดยาวนานในระยะปากมดลูกเปิดช้า โดยครรภ์แรกใช้เวลานานเกิน 20 ชม. และครรภ์หลังใช้เวลานานเกิน 14 ชม.

2. Protraction disorder หมายถึง การคลอดยาวนานในระยะเร่ง (ปากมดลูกเปิด 4-7 ซม.) มี 2 ชนิด ได้แก่

2.1 Protracted active of dilatation คือ ปากมดลูกเปิดขยายช้ากว่าเกณฑ์ปกติ โดยครรภ์แรกเปิดขยายน้อยกว่า 1.2 ซม./ชม. และครรภ์หลังเปิดขยายน้อยกว่า 1.5 ซม./ชม.

2.2 Protracted descent คือ ส่วนนำเคลื่อนต่ำลงช้ากว่าเกณฑ์ปกติ ในครรภ์แรกเคลื่อนต่ำลงน้อยกว่า 1 ซม./ชม. และครรภ์หลังมีการเคลื่อนต่ำลงของส่วนนำน้อยกว่า 2 ซม./ชม.

3. Arrest disorder หมายถึง การหยุดชะงักการเปิดขยายของปากมดลูกหรือการเคลื่อนต่ำของส่วนนำ

3.1 Prolonged deceleration phase คือ การใช้เวลาเปิดขยายของปากมดลูกในระยะ deceleration คือจาก 8 ซม. ไปถึง 10 ซม. ในครรภ์แรกนานเกิน 3 ชม. และครรภ์หลังนานเกิน 1 ชม.

3.2 Secondary arrest of dilatation คือ การเปิดขยายของปากมดลูกหยุดชะงักนานตั้งแต่ 2 ชม. ขึ้นไป

3.3 Arrest of descent คือ การหยุดชะงักของส่วนนำในทุกๆระยะ ตั้งแต่ 1 ซม. ขึ้นไป

3.4 Failure of descent คือ ไม่มีการเคลื่อนต่ำของส่วนนำ แม้จะอยู่ในระยะ deceleration phase (ปากมดลูกเปิด 8-10 ซม.) หรือระยะที่สองของการคลอดแล้วก็ตาม

สรุปลักษณะความผิดปกติ เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการดูแล (Cunningham et al., 2014:456)

Labor Pattern	Diagnostic Criteria		Preferred Treatment	Exceptional Treatment
	Nulliparas	Multiparas		
Prolongation Disorder Prolonged latent phase	> 20 hr	> 14 hr	Bed rest	Oxytocin or cesarean delivery for urgent problems
Protraction Disorders Protracted active-phase dilatation Protracted descent	< 1.2 cm/hr < 1 cm/hr	1.5 cm/hr < 2 cm/hr	Expectant and support	Cesarean delivery for CPD
Arrest Disorders Prolonged deceleration phase Secondary arrest of dilatation Arrest of descent Failure of descent	> 3 hr > 2 hr > 1 hr No descent in deceleration phase or second stage	> 1 hr > 2 hr > 1 hr		
			Evaluate for CPD: CPD: cesarean No CPD: oxytocin	Rest if exhausted Cesarean delivery

CPD = cephalopelvic disproportion.
Modified from Cohen, 1983.

ระยะที่สองของการคลอดยาวนาน (Prolonged second stage) หมายถึง ระยะเวลาที่ใช้ในการคลอดตั้งแต่ปากมดลูกเปิดหมด (fully dilatation) จนถึงทารกคลอด นานเกิน 2 ชั่วโมง ในครรภ์แรก และนานเกิน 1 ชั่วโมงในครรภ์หลัง ซึ่งสาเหตุที่พบได้บ่อยในระยนี้คือ ทารกท่าหงาย (Occiput posterior: OP)

ระยะที่สามของการคลอดยาวนาน (Prolonged third stage) หมายถึง ระยะเวลาที่ใช้ในการคลอดตั้งแต่หลังทารกคลอดจนถึงรกคลอดครบสมบูรณ์ นานกว่า 30 นาที สาเหตุที่พบได้บ่อยคือ รกติดแน่นหรือรกเกาะลึก (Placenta accrete)

ผลกระทบของการคลอดยาวนาน

มารดา	ทารก
- เสี่ยงต่อการติดเชื้อ	- ทารกในครรภ์เกิด Fetal distress
- บาดเจ็บ การฉีกขาดของช่องทางการคลอด	- ทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนแรกเกิด (birth asphyxia)
- ตกเลือดหลังคลอด จากมดลูกหดตัวไม่ดี	- เพิ่มโอกาสการติดเชื้อ
- เพิ่มการใช้สูติศาสตร์หัตถการในการช่วยคลอด	- บาดเจ็บจากการคลอด เช่น กระดูกหัก เลือดออกในสมอง
- เหนื่อยล้า อ่อนเพลีย	- เพิ่มอัตราตายปริกำเนิด
- เครียด มีประสบการณ์การคลอดในทางลบ	
- เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนระยะยาว เช่น กระบังลมหรือมดลูกหย่อน เกิดรูรั่วที่ช่องคลอด	
- เพิ่มอัตราตายของมารดา	

(กาญจนา ศรีสวัสดิ์, 2556:22-24)

สรุปแนวทางการป้องกันและรักษาการคลอดยาวนาน

1. แนะนำหญิงตั้งครรภ์ให้มาฝากครรภ์ตามนัด ให้ข้อมูลการดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์ และตรวจติดตามการภาวะสุขภาพทารกในครรภ์ตามมาตรฐานการดูแลในระยะฝากครรภ์ เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดยาวนาน

2. ไม่กระตุ้นให้มีการเจ็บครรภ์คลอดในขณะที่ปากมดลูกไม่พร้อม (unripen cervix)

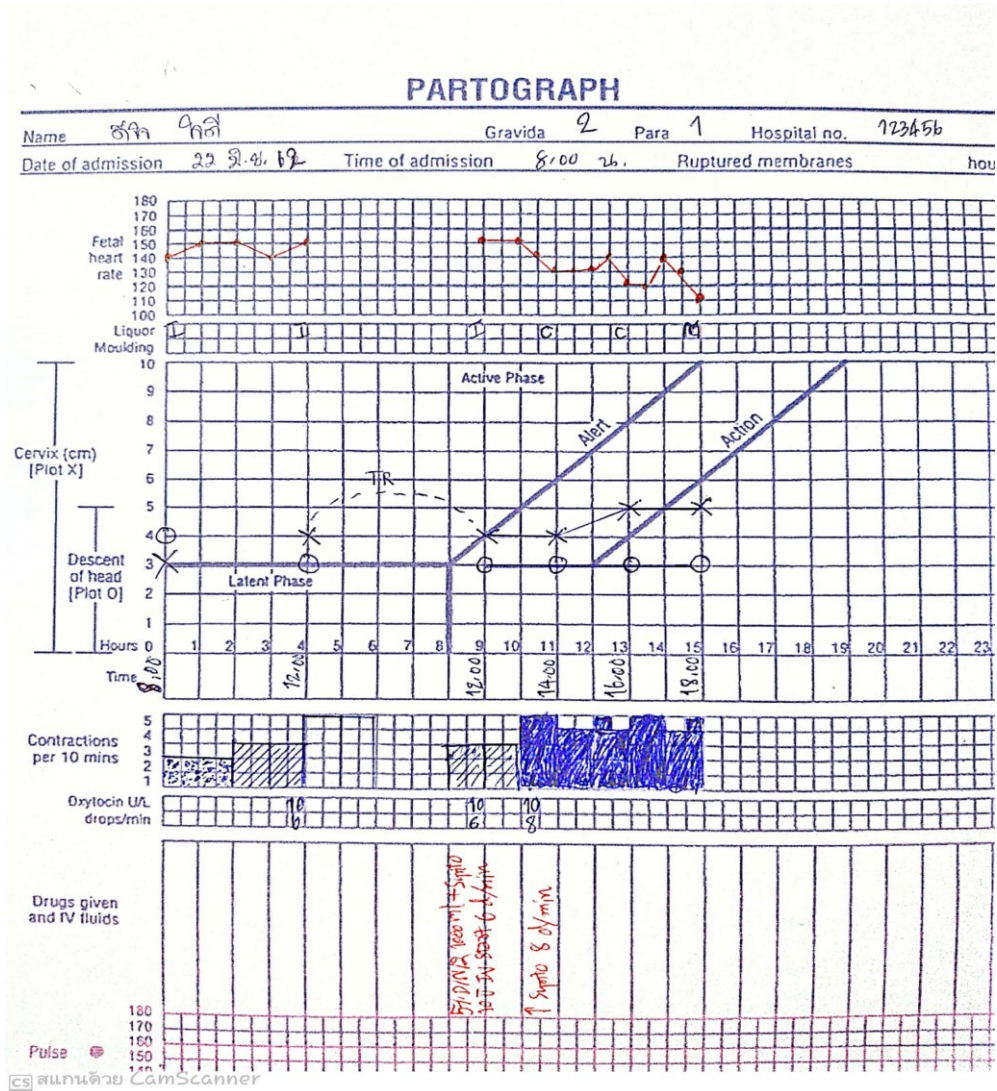
3. หากประเมินพบว่ามีอาการเจ็บครรภ์เตือน ดูแลโดยการให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ (rest and sedation)

4. ในระหว่างรอคลอด ดูแลพูดคุยให้กำลังใจ ให้ข้อมูลและคำแนะนำที่เหมาะสมแก่ผู้คลอด เพื่อลดความกลัว ความวิตกกังวล ให้สารน้ำอย่างเพียงพอเพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ และรักษาสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย ตรวจภายในเพื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอด

5. เมื่อถุงน้ำแตกแล้ว ควรให้คลอดภายใน 24 ชั่วโมง

6. หากพบว่ามีภาวะ CPD ควรพิจารณาทำการผ่าตัดคลอด

ตัวอย่างการวิเคราะห์กราฟการคลอด



รูปที่ 22 แสดงกราฟการคลอดที่ผิดปกติ

จากกราฟการคลอด รูปที่ 22 วิเคราะห์ได้ ดังนี้

ผู้คลอดรายนี้มีความผิดปกติความก้าวหน้าของการคลอด ชนิด Protracted active of dilatation คือ ปากมดลูกเปิดช้ากว่าเกณฑ์ปกติ ซึ่งควรหลังควรเปิด 1.5 ซม./ชม. แต่ผู้คลอดรายนี้ ปากมดลูกเปิดช้ามาก จากเวลา 12.00 น.-16.00 น. (4 ชม.) ปากมดลูกเปิดเพียง 1 ซม. ร่วมกับมีภาวะ Arrest of descent คือส่วนนำหยุดชะงัก ไม่เคลื่อนต่ำลงมานานเกิน 1 ชม. เมื่อพิจารณาสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงแล้ว น่าจะเกิดจากภาวะ CPD เนื่องจากผู้คลอดมีการเปิดขยายของปากมดลูก > 4 ซม. มีการหดตัวของมดลูกแรงดีและสม่ำเสมอทุก 2-3 นาที เป็นเวลานานเกิน 2 ชม. แต่ส่วนนำยังคงอยู่ที่ระดับ 0 ไม่เคลื่อนต่ำลงมาเลย ประกอบกับในน้ำคร่ำมีลักษณะขี้เทาปน เสียงหัวใจทารกในครรภ์เริ่มเต้นช้าลง ซึ่งทารกอาจมีภาวะเครียดจากการที่ศีรษะติดอยู่นาน

ดังนั้นจึงน่าจะมีความผิดปกติของสัดส่วนศีรษะทารกกับช่องเชิงกรานของแม่ การช่วยเหลือเบื้องต้นคือ รายงานแพทย์ หยุดให้ยา Oxytocin และเตรียมความพร้อมผู้คลอดสำหรับผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

5. การพยาบาลผู้คลอดที่ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก

ในระยะรอคลอดหากผู้คลอดตั้งครรภ์ครบกำหนดหรือเกินกำหนดแต่ไม่มีการเจ็บครรภ์ แพทย์จะประเมินสภาพของปากมดลูกว่าพร้อมสำหรับการคลอดแล้วหรือไม่ ซึ่งหากมีข้อบ่งชี้ในการให้ยาช่วยกระตุ้นปากมดลูก แพทย์จะพิจารณาใช้ยา Cytotec หรือในกรณีผู้คลอดมีแนวโน้มเกิดการคลอดยาก (dystocia) ได้แก่ เข้าสู่ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว (active phase) แต่การเปิดของปากมดลูกช้ากว่าปกติคือ <1 ซม./1 ชม. ในช่วงต้นของ active phase หรือปากมดลูกเปิด <1 ซม./2 ชม. ในระยะปลายของ active phase (ปากมดลูกเปิด ≥ 7 ซม.) จึงพิจารณาให้ยาช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการหดตัวของมดลูก (Barasinski and Vendittelli, 2017) ซึ่งยานิยมนำใช้ ได้แก่ Oxytocin ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีความรู้ความเข้าใจในการบริหารยาและให้การพยาบาลผู้คลอดที่ได้รับยาข้างต้น อย่างถูกต้องและปลอดภัย โดยมีแนวทางการพยาบาล ดังนี้

5.1 Cytotec

Cytotec หรือ Prostaglandin E1 หรือ Misoprostol (tablet 100 หรือ 200 mg) ออกฤทธิ์กระตุ้นให้ปากมดลูกนุ่มและเปิดขยาย หรือใช้ในการชักนำการคลอด ในการพิจารณาใช้ยาชักนำให้เกิดการเจ็บครรภ์คลอด (labor Induction) จะใช้เมื่ออายุครรภ์อยู่ระหว่าง 41-42 สัปดาห์ ไม่มีอาการเจ็บครรภ์คลอด หรือปากมดลูกยังไม่เปิด เพื่อกระตุ้นการบางตัวและการเปิดขยายของปากมดลูก และตามด้วย oxytocin ให้ทางหลอดเลือดดำเพื่อกระตุ้นให้เกิดการหดตัวของมดลูก (Cunningham, 2014:867-68) ก่อนจะพิจารณาใช้ยาชักนำการคลอด แพทย์จะตรวจภายในดูความพร้อมของปากมดลูกและใช้การประเมินสภาพความพร้อมของปากมดลูกด้วย Bishop score เพื่อทำนายความสำเร็จของการชักนำการคลอดและประกอบการตัดสินใจเลือกใช้ยาในการชักนำการคลอด ดังนี้

Cervix	Score			
	0	1	2	3
Dilatation (cm)	No	1-2	3-4	≥ 5
Effacement (%)	0-30	40-50	60-70	≥ 80
Station	-3	-2	-1, 0	$\geq +1$
Consistency	Firm	Medium	Soft	-
Position	Posterior	Middle	Anterior	-

(Ricci et al., 2013:750)

แปลผล: Bishop score 0-5 = ปากมดลูกไม่พร้อมอย่างมาก มีโอกาสชักนำการคลอดไม่สำเร็จ ควรเตรียมความพร้อมของปากมดลูก (cervical ripening) ด้วยยา prostaglandin-E₂ ก่อน (ถ้า Bishop score <1 ผู้คลอดจะใช้เวลาในการเข้าสู่ระยะคลอด > 3 สัปดาห์)

Bishop score 6-8 = ปากมดลูกเริ่มพร้อมต่อการคลอด ผู้คลอดจะเข้าสู่ระยะคลอด โดยเฉลี่ยภายใน 3 วัน และมีโอกาสชักนำการคลอดสำเร็จ 60-90%

Bishop score 9-13 = ปากมดลูกพร้อมต่อการคลอด มีโอกาสชักนำการคลอดสำเร็จ 100% (Ricci et al., 2013:749, Cunningham, 2014:526)

การพยาบาลผู้คลอดที่ได้รับยา Cytotec มีดังนี้

1. อธิบายผู้คลอดให้เข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการให้ยา และอาการข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น
2. การบริหารยา Cytotec ให้โดยการเหน็บยาทางช่องคลอด ยา 1 เม็ดมี 200 ไมโครกรัม ปกติที่ตามแนวปฏิบัติห้องคลอด รพ.ชลประทาน แพทย์จะใช้ 25 ไมโครกรัม (1/8 tab) เหน็บทางช่องคลอด ทุก 6-12 ชั่วโมง
3. ก่อนการเหน็บยาให้ผู้คลอดเข้าห้องน้ำ ปัสสาวะให้เรียบร้อย เพราะหลังเหน็บยาผู้คลอดควรนอนพักบนเตียงอย่างน้อย 30 นาที -1 ชั่วโมง เพื่อให้ยาออกฤทธิ์ที่ปากมดลูกได้เต็มที่ หากผู้คลอดลุกนั่งหรือเดินก่อนเวลาอาจจะมีผลออกมาได้
4. จัดท่าผู้คลอดให้นอนหงายนอนชันเข่า เช็ดทำความสะอาดบริเวณช่องคลอด ใช้นิ้วชี้กับนิ้วกลางมือข้างที่ถนัดคืบเม็ดยาไว้ที่ปลายนิ้ว แล้วสอดเม็ดยาเข้าไปในช่องคลอดดันยาให้ถึงปากมดลูกที่ตำแหน่ง Posterior fornix แล้วค่อยๆ ถอนนิ้วออกมา และแนะนำผู้คลอดให้นอนพักบนเตียงก่อน 1 ชม.
5. ติดตามประเมินและบันทึกสัญญาณชีพหลังให้ยาทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรก และหลังจากนั้นติดตามประเมินทุก 4 ชั่วโมง
6. ติดตามสังเกตอาการข้างเคียงของยา กรณีให้ยารับประทาน เช่น ปวดท้อง ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืดหรือท้องผูก เป็นต้น กรณีได้รับยาทุก 4-6 ชั่วโมง อาจมีอาการไข้สูง หนาวสั่นได้
7. ติดตามประเมินเสียงหัวใจทารกในครรภ์ทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรก ซึ่ง FHR pattern ต้องอยู่ในเกณฑ์ปกติ Category I หรือ II
8. ติดตามประเมินและบันทึกการหดตัวของมดลูกทุก 30 นาที หลังจากนั้นติดตามประเมินทุก 2 ชั่วโมง ตามแนวปฏิบัติของแต่ละ รพ.
9. ในการชักนำการคลอดควรเริ่มยา oxytocin ภายหลังให้ cytotec dose สุดท้ายอย่างน้อย 4 ชั่วโมง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากอาการไม่พึงประสงค์ของยา

5.2 Oxytocin

Oxytocin หรือ Pitocin ออกฤทธิ์ต่อกล้ามเนื้อมดลูก ทำให้เกิดการหดตัวของมดลูก ใช้ในการกระตุ้นการหดตัวของมดลูกในระยะคลอด

การบริหารยาโดย ผสม oxytocin 10 unit ในสารน้ำ 1000 ml. ให้ทางหลอดเลือดดำโดยใช้ Infusion pump ในการควบคุมอัตราการไหลของยา ปกติเริ่มต้นที่อัตราหยดต่ำสุดก่อนคือ 8 drops/min (4 milliunit/min หรือ 24 mL/hr: ใช้ Set IV drop factor 20) และควรเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากยา ได้แก่ ภาวะมดลูกถูกชักนำหรือหดตัวมากเกินไป (tetanic contraction) ความดันโลหิตต่ำ (Hypotension) โซเดียมในเลือดต่ำ (Hyponatremia) และภาวะน้ำเกิน (Water intoxication) ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลจึงควรให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด ตามแนวทาง ดังนี้

1. อธิบายให้ผู้คลอดทราบเกี่ยวกับแผนการรักษา และเหตุผลในการให้ยาเพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูก ให้มดลูกหดตัวดีขึ้น และมีความก้าวหน้าของการคลอด เพื่อให้ผู้คลอดเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

2. ผสมยา Oxytocin ในสารน้ำ isotonic solution (5% D/N/2 หรือ NSS หรือ LRI) โดยใช้ในอัตราส่วนที่กำหนดตามมาตรฐานการให้ยาของแต่ละโรงพยาบาล เช่น Oxytocin 10 units ในสารน้ำ 5% D/N/2 1,000 ซีซี และให้คู่กับสารน้ำ Isotonic ที่ไม่ผสมยาอีก 1 ขวด เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินจะได้ให้สารน้ำที่ไม่มียาได้ทันที

3. เริ่มให้สารน้ำที่ไม่มียาก่อน และให้สารน้ำที่มี Oxytocin ในอัตราหยดที่ต่ำสุดก่อน ด้วยเครื่องควบคุมการให้สารน้ำ (infusion pump) แล้วค่อยปรับอัตราการให้ยาเพิ่มขึ้น ครั้งละ 1-2 milliunit/min ตามการหดตัวของมดลูก ทุก 30 นาที – 1 ชั่วโมง โดยอาจจะปรับเป็น 12 drops/min (6 milliunit/min หรือ 36 mL/hr) เพิ่มเป็น 16 drops/min (8 milliunit/min หรือ 48 mL/hr) และเพิ่มเป็น 20 drops/min (10 milliunit/min หรือ 60 mL/hr)

ในการคิดคำนวณอัตราการหยดยาให้ตรงกับปริมาณที่แพทย์สั่งต้องพิจารณาชนิดของ Set IV ว่าเป็น drop factor เท่าไหร่ เช่น 20 drops/mL หรือ 15 drops/mL หรือ 60 drops/mL เป็นต้น เพื่อให้ได้ปริมาณยาที่ถูกต้องตรงตามคำสั่งการใช้ยา และพยาบาลสามารถปรับยาเพิ่ม-ลด ตามการหดตัวของมดลูกเพื่อให้เกิดการหดตัวของมดลูกที่มีประสิทธิภาพ คือ มีการหดตัวทุกๆ 2-3 นาที และหดตัวนาน 40-60 วินาที

4. ติดตามประเมินการหดตัวของมดลูก และอัตราการเต้นของหัวใจทารกก่อน-ขณะให้-หลังให้ยา โดย On electronic fetal monitoring (EFM) ถ้าพบว่ามดลูกมีการหดตัวมากกว่าปกติ คือ หดตัวนาน ถึ แรงมากเกินไป (Hypertonic contraction) คือ Interval น้อยกว่า 2 นาที Duration นานกว่า 90 วินาที หรือพบว่าอัตราการเต้นของหัวใจทารกผิดปกติ คือ FHS < 110 ครั้ง/นาที หรือ FHS > 160 ครั้ง/นาที หรือจังหวะไม่สม่ำเสมอ ให้การพยาบาลเบื้องต้นโดยการทำ Intrauterine resuscitation: IUR (Cunningham, 2014:525; Ricci, 2013:751) ดังนี้

- ในรายที่ได้รับยา Oxytocin อยู่ ให้หยุดการให้ยาทันที

- จัดท่าผู้คลอดให้นอนตะแคงซ้ายศีรษะสูงเล็กน้อย เพื่อป้องกันการกดทับเส้นเลือด Inferior vena cava และเพิ่มการไหลเวียนเลือดจากมารดาไปสู่ทารกในครรภ์ได้ดีขึ้น

- ดูแลให้ได้รับสารน้ำในอัตราการไหลแบบเร็ว (IV loading) 300-500 ซีซี/30 นาที ตามแผนการรักษา เช่น ให้ Acetar 1000 ml vein load 500 ml/hr. เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดไปเลี้ยงมดลูก (placenta blood flow) และทารก

- ดูแลให้ได้รับ Oxygen mask with bag 10 LPM และกระตุ้นให้ผู้คลอดหายใจเข้า-ออกลึกๆ เพื่อเพิ่มปริมาณ oxygen ในเลือด

- ประเมินการหดตัวของมดลูกและอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์อย่างต่อเนื่องโดยใช้ EFM

- สังเกตอาการผิดปกติที่แสดงถึงภาวะมดลูกใกล้แตก (threatened uterine rupture) เช่น พบหน้าท้องเป็น 2 ลอน (Bandl's ring) กดเจ็บบริเวณหน้าท้อง กระสับกระส่าย ถ้าพบอาการดังกล่าวให้รายงานแพทย์ และให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะซ็อก และเตรียมผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยเร็ว

- ให้การดูแลผู้คลอดอย่างใกล้ชิด พุดคุยให้กำลังใจ และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้คลอด

- หากแก้ไขด้วยวิธีดังกล่าวข้างต้นแล้วยังพบว่ามดลูกหดตัวผิดปกติ หรืออัตราการเต้นของหัวใจทารกผิดปกติอยู่ แพทย์จะพิจารณาให้คลอดโดยเร็ว (ผ่าตัดคลอดในกรณีปากมดลูกยังเปิดไม่มาก หรือใช้หัตถการช่วยคลอดทางช่องคลอดในกรณีปากมดลูกเปิดหมด)

6. การวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนการพยาบาลผู้คลอดในระยะรอคลอด

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลในระยะรอคลอด (Pillitteri, 2014: 625-628)

1. วิตกกังวล เนื่องจากการคลอดยาวนาน
2. อ่อนเพลียและเหนื่อยล้า เนื่องจากเจ็บครรภ์คลอดยาวนาน
3. เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดีจากการคลอดยาวนาน
4. ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อภาวะ fetal distress เนื่องจากมดลูกหดตัวไม่คลาย (tetanic contraction)

ในระยะ latent phase

กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่

1. ประเมินผู้คลอดเพื่อค้นหาสาเหตุของการคลอดยาวนาน และให้การดูแลรักษาตามสาเหตุ
2. ติดตามความก้าวหน้าของการคลอดและส่งเสริมให้เกิดความก้าวหน้าของการคลอดอย่างเหมาะสม
 - ดูแลให้พักผ่อน ตรวจภายในประเมินความก้าวหน้าในการเปิดขยายของปากมดลูกเป็นระยะ ทุก 2-4 ชั่วโมง หรือตามอาการของผู้คลอด
 - ดูแลกระตุ้นผู้คลอดให้ปัสสาวะทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันกระเพาะปัสสาวะเต็มซึ่งจะไปขัดขวางการหดตัวของมดลูกและการเคลื่อนต่ำของส่วนนำ

- ดูแลความสุขสบายทั่วไป เช่น เช็ดเหงื่อตามใบหน้า เปลี่ยนผ้าถุงหากเปียกเปื้อนมาก และให้ผู้คลอดนอนพักในท่าที่สบาย เป็นต้น

- ประเมินความวิตกกังวลของผู้คลอด และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาในระยะคลอด

- อยู่เป็นเพื่อน เปิดโอกาสให้ผู้คลอดได้พูดคุย สอบถามข้อมูล หรือระบายความรู้สึกกลัว

วิตกกังวล

- ดูแลช่วยเหลือแพทย์ ในการเจาะถุงน้ำคร่ำ เพื่อชักนำการคลอด และประเมิน FHSขณะเจาะและหลังเจาะ ประเมินและบันทึกลักษณะสี กลิ่น และปริมาณของน้ำคร่ำ

3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำให้ตรงตาม rate ตามแผนการรักษา เพื่อให้ผู้คลอดได้รับสารน้ำเพียงพอ ป้องกันภาวะขาดน้ำและเสียสมดุลเกลือแร่ในร่างกาย

4. ประเมินและบันทึกการหดตัวของมดลูกทุก ½-1 ชั่วโมง ตามระยะของการคลอด และประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะมดลูกแตก

5. On EFM เพื่อฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ และบันทึกทุก ½-1 ชั่วโมง เพื่อติดตามเฝ้าระวัง fetal distress

6. ดูแลบรรเทาความปวดด้วยวิธีไม่ใช้ยา เช่น การหายใจบรรเทาปวด การนวดหลัง การลูบหน้าท้องตามความเหมาะสมกับระยะการคลอด หรือดูแลให้ได้รับยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา

7. เตรียมความพร้อมผู้คลอดก่อนเข้ารับการผ่าตัดคลอด กรณีที่ต้องผ่าตัดคลอด

แผนการสอนและเอกสารประกอบการสอน

หน่วยห้องคลอด

การพยาบาลในระยะที่ 2 และ 3 ของการคลอด

แผนการสอน

หัวข้อ การพยาบาลในระยะที่ 2 และ 3 ของการคลอด

ผู้สอน อ.ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ

เวลา 6 คาบ วันที่ 16-18 มีนาคม 2564, 1, 5, 7-9, 20-21 เมษายน 2564

วัตถุประสงค์ เพื่อให้บัณฑิตสามารถ

1. อธิบายและสาธิตย้อนกลับ การหมุนศีรษะทารกตามกลไกการคลอดได้ถูกต้อง
2. ปฏิบัติทักษะการทำคลอดทารกและรกได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย
3. ปฏิบัติหน้าที่ช่วยเหลือผู้คลอดในระยะที่ 2 และ 3 ของการคลอด (Circulation nurse) ได้
4. ปฏิบัติการพยาบาลช่วยเหลือทารกแรกเกิดทันทีหลังคลอดได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย
5. ปฏิบัติทักษะการส่งเสริมสัมพันธภาพมารดาและทารกในระยะแรกได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย
6. ทำคลอดรก และตรวจประเมินสภาพรกได้ถูกต้องและครบถ้วน
7. วิเคราะห์ปัญหาและให้การพยาบาลในระยะคลอดได้อย่างถูกต้อง

เนื้อหา

กลไกการคลอด

คำนิยามระยะที่ 2 และ 3 ของการคลอด

การทำคลอดทารก

1. การเตรียมสถานที่และอุปกรณ์เพื่อการทำคลอด
2. การเตรียมตัวผู้ทำคลอด
3. การเตรียมตัวผู้คลอด
4. การทำคลอดทารก
5. การประเมินสภาพทารกแรกเกิดทันทีและการช่วยกู้ชีพทารกแรกเกิด

การทำคลอดรก

1. วิธีการทำคลอดรก
2. การตรวจประเมินสภาพรก

การส่งเสริมสัมพันธภาพมารดาและทารกแรกเกิดทันทีหลังคลอด

1. Eye to eye contact
2. Skin to Skin contact
3. Early breast feeding

การวิเคราะห์ปัญหาและกิจกรรมการพยาบาลในระยะคลอด

การจัดประสบการณ์การเรียนรู้

1. บอกวัตถุประสงค์และเนื้อหา	10	นาที
2. สาธิตและสาธิตย้อนกลับ กลไกการคลอด (LRC)	50	นาที
3. สอนสาธิตและปฏิบัติทักษะการพยาบาล	120	นาที
- การทำคลอดทารก	60	นาที
- การทำคลอดรก	40	นาที
- การตรวจประเมินสภาพรก	20	นาที
5. สอนข้างเตียง	50	นาที
- การทำ Skin to skin contact	30	นาที
- การทำ Early breast feeding	20	นาที
6. ประชุมปรึกษาหารือหลังปฏิบัติทักษะการทำคลอด	30	นาที
7. นิสิตซักถามและสรุปการเรียนรู้	10	นาที
8. นำเสนอกรณีศึกษา	30	นาที

สื่อการสอน

1. เอกสารประกอบการสอน
2. กรณีศึกษาผู้คลอด และทารกแรกเกิด
3. หุ่นเชิงกราน และศีรษะทารกสำหรับการหมุนกลไกการคลอด
4. Set อุปกรณ์การทำคลอดและผ้าคลอด
5. EFM, Drop tone
6. Radian warmer และอุปกรณ์ช่วยกู้ชีพทารกแรกเกิด
7. เครื่องชั่งน้ำหนักทารก และสายวัดตัวทารกแรกเกิด
8. Power point นำเสนอกรณีศึกษา

การประเมินผล

- แบบประเมิน พยบ. 203 ทักษะปฏิบัติทางการพยาบาล
- แบบประเมิน พยบ. 204 รายงานกรณีศึกษาผู้คลอด
- แบบประเมิน พยบ. 234 ทักษะการสื่อสารการนำเสนอกรณีศึกษา
- แบบประเมิน พสศ342-05 ทักษะการทำคลอด
- แบบประเมิน พสศ342-06 ทักษะการพยาบาลทารกแรกเกิด
- สังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลขณะดูแลผู้คลอด
- สังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมการแสดงความคิดเห็นและวิเคราะห์กรณีศึกษา

หนังสืออ้างอิง

ปกรณ จักขุวัชร และเฟื่องลดา ทองประเสริฐ. (2559). ความผิดปกติของรก (Placental abnormalities).

ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก:

https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/index.php?option=com_content&view=article&id=1174:placental-abnormalities&catid=45&Itemid=561

ศศิธร พุมดวง. (2559). ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการคลอด ใน ฐิติพร อิงคถาวรวงศ์ (บรรณาธิการ) การพยาบาลมารดาและทารก (เล่ม 2) โครงการผลิตตำราหลักคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา, พีโอดีไซน์.

อัญชลี ลัมรังสิกุล และ พฤษัช พงษ์มี. (2555). การช่วยกู้ชีพทารกแรกเกิด: Neonatal Resuscitation Textbook. 6th ed. American Academy of Pediatrics and American Heart Association.

Chambers, J., and Alabdulghafoor, F. (2021). Mechanism of Labour – OSCE Guide. [Online].

Avialable from: <https://geekymedics.com/mechanism-of-labour/> 21 July 2021.

Cunningham, F.G., Leveno, K.J., Bloom, S.L., Spong, C.Y., Dash, J.S., Hoffman, B.L., Casey, B.M., and Sheffield. (2018). Williams Obstetrics. 25th ed. New York: McGraw-Hill.

Du, Y., Ye, M., & Zheng, F. (2014). Active management of the third stage of labor with and without controlled cord traction: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 93(7), 626-633.

Focşa, I. O., Budişteanu, M., Burloiu, C., Khan, S., Sadeghpour, A., Bohiltea, L. C., ... & Bălgrădean, M. (2021). A case of Bardet-Biedl syndrome caused by a recurrent variant in BBS12: A case report. *Biomedical reports*, 15(6), 1-9.

Gates, V., and Smith, E. (2020). Optimal Umbilical Cord Clamping. International Childbirth Education Association. [Online] Available from: <https://icea.org/>

Gianni, M. L., Lanzani, M., Consales, A., Bestetti, G., Colombo, L., Bettinelli, M. E., ... & Mosca, F. (2020). Exploring the emotional breastfeeding experience of first-time mothers: implications for healthcare support. *Frontiers in Pediatrics*, 8.

Hammonds, M. (2012). Linking early healthy attachment with long-term mental health. *Kai Tiaki Nursing New Zealand*, 18 (2), 12-14 3p.

Hofmeyr, G. J., Mshweshwe, N. T., & Gülmezoglu, A. M. (2015). Controlled cord traction for the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1).

Kilpatrick, S., & Garrison, E. (2007). Normal labor and delivery. *Obstetrics: Normal and problem pregnancies*, 5, 303-321.

- Miranda-Wood, C., & Morelos, J. (2010). Promoting Early Breastfeeding and Attachment: Our Journey to SOFT. *JOGNN: Journal Of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 39S31- S31 1p. doi:10.1111/j.1552-6909.2010.01119_16.x
- Moran-Peters, J.A., Zauderer, C.R., Goldman, S., Baierlein, J., & Smith, A. E. (2014). A Quality Improvement Project Focused on Women's Perceptions of Skin-to-Skin Contact After Cesarean Birth. *Nursing For Women's Health*, 18(4), 294-303 10p. doi:10.1111/1751-486X.1213
- National Institute for Health and Care Excellence. (2017). FEBRUARY, I. 2017: The NICE guidance Intrapartum care for healthy women and babies was revised recently following a review of the evidence on measuring fetal heart rate. We look at what the updates mean in practice. *Midwives*.
- Perkins, G. D., Olasveengen, T. M., Maconochie, I., Soar, J., Wyllie, J., Greif, R., ... & Nolan, J. P. (2018). European resuscitation council guidelines for resuscitation: 2017 update. *Resuscitation*, 123, 43-50.
- Pillitteri, A. (2014). *Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family*. 7th Ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Ricci, S.S., Kyle, T., and Carman, S. (2013). *Maternity and pediatric nursing*. 2nd Ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Safari, K., Saeed, A. A., Hasan, S. S., & Moghaddam-Banaem, L. (2018). The effect of mother and newborn early skin-to-skin contact on initiation of breastfeeding, newborn temperature and duration of third stage of labor. *International breastfeeding journal*, 13(1), 1-8.
- Turke, K. C., Santos, L. R. D., Matsumura, L. S., & Sami, R. O. S. (2021). Risk factors for the lack of adherence to breastfeeding. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 67, 107-114.
- Turenne, J. P., Héon, M., Aita, M., Faessler, J., & Doddridge, C. (2016). Educational intervention for an evidence-based nursing practice of skin-to-skin contact at birth. *The Journal of perinatal education*, 25(2), 116-128.
- Widström, A. M., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K., & Nissen, E. (2019). Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatrica*, 108(7), 1192-1204.
- Winston, R., & Chicot, R. (2016). The importance of early bonding on the long-term mental health and resilience of children. *London journal of primary care*, 8(1), 12-14.

- World Health Organization. (2012). WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum hemorrhage. World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (2014). Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes: Guidelines. [Publication]. Retrieved 11/30/2019, from https://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/cord_clamping/en/
- World Health Organization. (2018). Some rights reserved. This work is available under the Creative Commons Attribution-Non-Commercial Share Alike 3.0 IGO license (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).
- Wyckoff, M.H., Aziz, K., Escobedo, M.B., Kapadia, V.S., Kattwinkel, J., Perlman, J.M., ... & Zaichkin, J.G. (2015). Part 13: neonatal resuscitation: 2015 American Heart Association guidelines update for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*, 132(18_suppl_2), S543-S560.

เอกสารประกอบการสอน

การพยาบาลในระยะที่ 2 และ 3 ของการคลอด

ในระยะที่ 2 ของการคลอด เป็นระยะที่ทารกในครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างและรูปทรงของตนเองตามธรรมชาติ เพื่อให้เหมาะสมกับรูปร่างของช่องเชิงกราน เกิดการเคลื่อนที่เข้าสู่ช่องเชิงกราน และเกิดการคลอดทางช่องคลอดขึ้น โดยการเคลื่อนตัวของศีรษะและลำตัว รวมถึงการปรับเปลี่ยนท่าทางการหมุนของศีรษะและไหล่ของทารกตามกระบวนการปกติ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การคลอดทางช่องคลอดดำเนินไปได้อย่างราบรื่น ซึ่งกระบวนการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้ เรียกว่า กลไกการคลอด (Mechanism of labor)

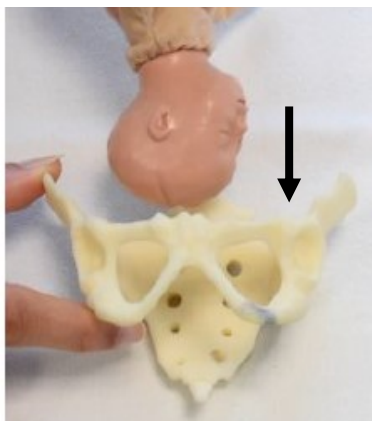
กลไกการคลอด

กลไกการคลอด หมายถึง การปรับเปลี่ยนรูปร่างและรูปทรงของทารกในครรภ์ ให้สัมพันธ์กับช่องเชิงกรานของมารดา เพื่อให้เคลื่อนผ่านช่องทางคลอดออกสู่ภายนอกได้ โดยมีการเคลื่อนที่อย่างต่อเนื่องและเป็นลำดับ (Cardinal movement of labor) ซึ่งมีอยู่ 8 ขั้นตอน (Cunningham, et al., 2018: 644; Chambers and Alabdulghafoor, 2021) ได้แก่

1. Descent
2. Engagement
3. Flexion
4. Internal rotation
5. Extension
6. Restitution
7. External rotation
8. Expulsion

กลไกการคลอดทั้ง 8 ขั้นตอนนี้ บางทฤษฎีรวมกลไกที่ 6, 7 เข้าด้วยกัน จะเหลือ 7 ขั้นตอน บางทฤษฎีอธิบายกลไกการเกิด Crowning เพิ่มในกลไกที่ 5 เป็น 9 ขั้นตอน กลไกที่ 1 Descent เป็นกลไกที่เกิดขึ้นเป็นอันดับแรก และเกิดขึ้นในทุกๆขั้นตอนตลอดการคลอด (Chambers and Alabdulghafoor, 2021) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

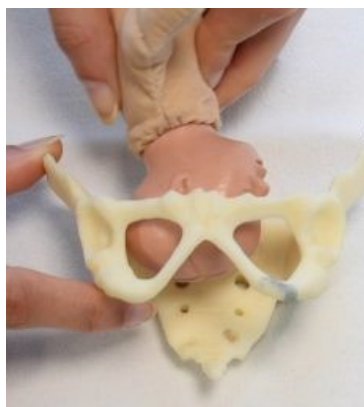
1. Descent หมายถึง การเคลื่อนตัวของส่วนนำผ่านช่องทางคลอดออกสู่ภายนอก ซึ่งกลไกการเคลื่อนตัวของส่วนนำเกิดขึ้นในทุกๆขั้นตอนของกลไกการคลอด เกิดจากปัจจัยสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ 1) แรงดันของน้ำคร่ำ (Amniotic fluid pressure) 2) แรงดันจากการหดตัวของมดลูก (Uterine contraction) 3) แรงเบ่งของมารดา (Bearing-down efforts of maternal abdominal muscles) และ 4) แรงกดตามแนวลำตัวทารก (Fetal axis pressure) โดยแรงทั้ง 4 ประการ ทำให้เกิดการเคลื่อนตัวของส่วนนำลงมาเรื่อยๆ จนกระทั่งคลอดออกมาทางช่องคลอด



รูปที่ 1 แสดงลักษณะการเกิด Descent

ที่มา: <https://geekymedics.com/mechanism-of-labour/>

2. **Engagement** หมายถึง ส่วนนำเข้าสู่ช่องทางเข้า โดยส่วนที่กว้างที่สุดของส่วนนำทารก (Biparietal Diameter) เคลื่อนผ่านเข้าช่องทางเข้าของกระดูกเชิงกราน (Pelvic inlet) และยอดของส่วนนำอยู่ที่ระดับ Ischial spine (Station 0) โดยส่วนใหญ่ในครรภ์แรกจะเกิดขึ้นในช่วงอายุครรภ์ 38 สัปดาห์เป็นต้นไป ทำให้สังเกตเห็นลักษณะท้องลด (Lightening) เนื่องจากกล้ามเนื้อหน้าท้องมีความแข็งแรงและตึงตัวมากกว่าครรภ์หลัง ทำให้ทารกค่อยๆ เคลื่อนต่ำลงตามแรงโน้มถ่วง ส่วนครรภ์หลังจะเกิดในระยะเจ็บครรภ์ คลอด หรือ ระยะเบ่งคลอด ในขั้นตอนนี้ศีรษะทารกจะมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ 3 ประการ คือ มีการปรับขนาดให้เหมาะสมกับช่องเชิงกราน โดยทารกจะเอาส่วนที่ยาวที่สุดของศีรษะ คือ ความยาวทางด้านหน้าและด้านหลัง (Antero-posterior) ลงไปในส่วนที่ยาวที่สุดของช่องเชิงกราน ทำให้รอยต่อแฉกกลางศีรษะทารก (Sagittal suture) อยู่ในแนวขวาง ในขณะที่เคลื่อนที่เข้าช่องเชิงกรานจะเกิดการตะแคงของศีรษะ (Asynclitism) ทำให้รอยต่อแฉกกลางไม่ตั้งฉากกับแนวหน้า-หลัง (AP diameter) ของกระดูกเชิงกราน และเกิด Synclitism คือ ศีรษะตั้งตรง Sagittal suture อยู่กึ่งกลางของแนว AP เพื่อให้สัมพันธ์กับทิศทางของช่องทางเข้ากระดูกเชิงกราน และศีรษะทารกยังเกิดการปรับขนาดให้เล็กลงโดยเกิดการเกยกันของกระดูกโหลศีรษะ (Molding) ทำให้ส่วนนำมีขนาดเล็กลงและผ่านเข้าสู่ช่องเชิงกรานส่วนกลาง (Mid-pelvic) ได้



รูปที่ 2 แสดงลักษณะของ Engagement

ที่มา: <https://geekymedics.com/mechanism-of-labour/>

3. Flexion หมายถึง การก้มอย่างเต็มที่ของส่วนนำ เป็นการเปลี่ยนแปลงทรง (Attitude) ของทารกในครรภ์ คือส่วนศีรษะของทารกจะก้มมากขึ้นเรื่อยๆ จนคางชิดอก เกิดขึ้นในขณะที่ส่วนนำผ่านลงมาในช่องทางคลอด การก้มของศีรษะทารกทำให้เกิดการคลอดปกติได้ เนื่องจากเมื่อทารกก้มเต็มที่ทำให้เส้นผ่านศูนย์กลางของส่วนนำเปลี่ยนจาก Occipito-frontal (OF) ซึ่งยาวประมาณ 11-12 เซนติเมตร เป็น Suboccipito-bregmatic (SOB) ซึ่งยาวประมาณ 9.5 เซนติเมตร เป็นการใช้ส่วนที่เล็กที่สุดของส่วนนำออกมาทางช่องคลอด ปัจจัยที่ทำให้เกิดการก้มของศีรษะทารกมี 4 ประการ ได้แก่ 1) Fetal axis pressure เป็นแรงผลักดันจากยอดมดลูกที่พุ่งตรงมาตามแนวกระดูกสันหลังของทารก ในขณะที่มดลูกมีการหดตัวทารกจะเหยียดลำตัวยาวขึ้น แรงผลักดันนี้จะกดลงที่ก้นของทารกทำให้เคลื่อนลงมายังพื้นเชิงกราน (Pelvic floor) 2) พื้นเชิงกราน มีลักษณะลาดโค้งเป็นแอ่งทำให้ส่วนนำที่อยู่ในทรงก้มเมื่อเคลื่อนลงมาชนกับแอ่งพื้นเชิงกรานจะเกิดการก้มมากขึ้น ประกอบกับ 3) แรงบีบรัดตัวของผนังช่องคลอด และ 4) แรงต้านทานของช่องทางคลอด ทำให้ส่วนนำชนแล้วเคลื่อนที่ต่อไปไม่ได้จึงเกิดการก้มของส่วนนำ



รูปที่ 3 แสดงการเกิด Flexion ของส่วนนำ

ที่มา: <https://geekymedics.com/mechanism-of-labour/>

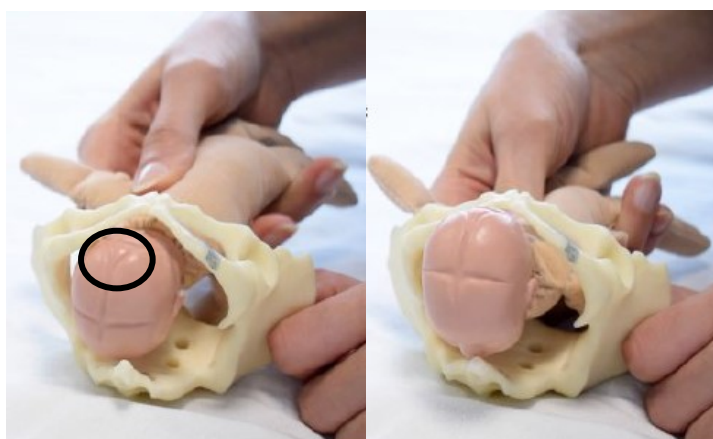
4. Internal rotation หมายถึง การหมุนของศีรษะทารกภายในช่องเชิงกราน ซึ่งทิศทางและองศาการหมุนจะขึ้นอยู่กับท่าของทารก เช่น ทารกท่า ROA ในขณะที่ส่วนนำเคลื่อนที่เข้าสู่ช่องเชิงกราน ศีรษะทารกเข้ามาในแนวขวาง (Transvers) หรือแนวเฉียง (Oblique) ขวา เมื่อถึงช่องทางออกของเชิงกรานซึ่งมีลักษณะเป็นวงรีตั้ง ทำให้ส่วนนำต้องปรับให้แนวแสกกลางศีรษะ (Sagittal suture) อยู่ในแนวตั้งเช่นกัน เพื่อให้ลอดผ่านช่องทางออกของเชิงกรานได้ ดังนั้นเมื่อเกิดการก้มของส่วนนำเต็มที่แล้ว ส่วนนำที่ชนอยู่กับพื้นเชิงกรานและมีแรงดันจากการหดตัวของมดลูก แรงเบ่งของมารดา แรงต้านทานของพื้นเชิงกรานและช่องทางคลอดมากระทำ จึงเกิดการเลื่อนไถลและหมุนตามเข็มนาฬิกา 45 องศา เพื่อให้ท้ายทอยมาอยู่ใต้กระดูกหัวเหน่า (Sagittal suture อยู่ในแนว AP) แสดงถึงการหมุนภายในเกิดขึ้นอย่างสมบูรณ์ (Completed internal rotation) ซึ่งเป็นท่าที่พร้อมจะงอ (Extention)



รูปที่ 4 แสดงท่า Completed internal rotation

ที่มา: <https://geekymedics.com/mechanism-of-labour/>

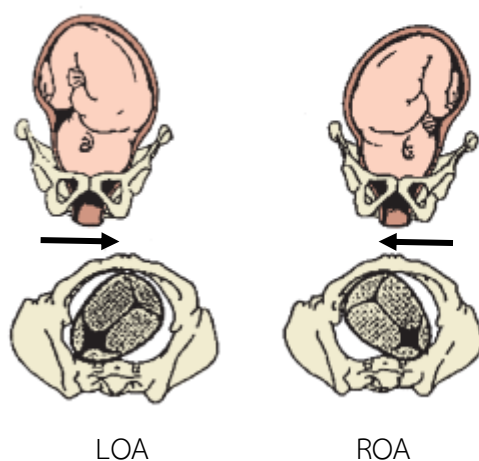
5. Extension หมายถึง การเงยของศีรษะทารกขณะผ่านพ้นช่องทางคลอดออกมาภายนอก ซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากเมื่อศีรษะทารกหมุนมาอยู่ในแนว AP ท้ายทอย (Occiput) จะยังอยู่ใต้กระดูกหัวเหน่า และมีแรงจากการหดตัวของมดลูกและแรงเบ่งผลักดันให้ทารกเคลื่อนที่ลงมาตลอดเวลา แรงดันนั้นกระทำที่ใบหน้าและศีรษะทารก ประกอบกับช่องทางคลอดด้านล่างมีลักษณะโค้งขึ้นด้านบน จึงทำให้เกิดการเงยขึ้น โดยมีท้ายทอยที่ยังอยู่ใต้กระดูกหัวเหน่าเป็นจุดหมุน ในขณะที่มีการเงยของศีรษะทารก ท้ายทอยจะค่อยๆ ไหลพ้นช่องทางคลอดออกมาแล้วค้างอยู่ที่ปากช่องคลอด ทำให้มองเห็นส่วนของศีรษะทารกมีเส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 4-5 เซนติเมตร และเมื่อมารดาหยุดเบ่ง ศีรษะทารกจะไม่ผลุบกลับเข้าไปที่เดิม เรียกกลไกนี้ว่า Crowning เป็นช่วงที่ช่องคลอดยืดขยายมากที่สุด ฝีเย็บตึงและบางเต็มที่ ในรายที่จำเป็นต้องช่วยขยายช่องทางคลอด พยาบาลผู้ทำคลอดจะตัดฝีเย็บในช่วงที่เกิด Crowning และตัดในขณะที่ยังมีการกำลังเบ่ง เพื่อลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของหลอดเลือดบริเวณฝีเย็บ



รูปที่ 5 แสดงการเกิด Crowning และ Extension

ที่มา: <https://geekymedics.com/mechanism-of-labour/>

6. Restitution หมายถึง การหมุนกลับของศีรษะทารกประมาณ 45 องศา เพื่อให้สัมพันธ์กับแนวไหล่ที่อยู่ในช่องทางคลอด เนื่องจากขณะที่ศีรษะทารกคลอด อยู่ในลักษณะที่รียต่อแสดกกลางอยู่ในแนว AP (antero-posterior) ส่วนไหล่อยู่ในแนวเฉียงกับช่องเชิงกราน ศีรษะทารกจึงอยู่ในลักษณะบิดทำมุมกับไหล่ประมาณ 45 องศา เมื่อศีรษะทารกคลอดออกมาแล้ว ภายนอกเป็นทีว่างจึงเกิดการหมุนกลับอย่างอิสระของศีรษะ เพื่อให้รียต่อแสดกกลางตั้งฉากกับแนวไหล่ โดยทิศทางการหมุนขึ้นอยู่กับท่าของทารก เช่น ทารกท่า ROA จะเกิด Restitution โดยศีรษะหมุนทวนเข็มนาฬิกา 45 องศา



รูปที่ 6 แสดงลักษณะศีรษะเมื่อเกิด Restitution

ที่มา: Kilpatrick, and Garrison, 2007: 272

7. External rotation or External rotation of head หมายถึง การหมุนของศีรษะทารกภายนอก โดยหมุนต่อจากขั้นตอน Restitution ไปอีก 45 องศา เพื่อให้สัมพันธ์กับแนวไหล่ที่หมุนภายในช่องคลอด (Internal rotation of shoulder) ให้มาอยู่ในแนวหน้าหลัง (AP) เพื่อให้คลอดออกมาได้



รูปที่ 7 แสดงการเกิด External rotation of head และ Internal rotation of shoulder

ที่มา: <https://geekymedics.com/mechanism-of-labour/>

8. Expulsion หมายถึง การคลอดของไหล่ ลำตัว สะโพก และขา ผ่านช่องทางคลอดสู่ภายนอก เมื่อศีรษะทารกมีการหมุนภายนอกแล้ว และไหล่อยู่ในแนวหน้า-หลังของทางออกช่องเชิงกราน จะมีการคลอดของไหล่ ตามด้วยลำตัวทารก โดยที่ไหล่หน้าจะอยู่ใต้กระดูก symphysis pubis และทำหน้าที่เป็นจุดหมุน (hypomochilion) คือไหล่หน้ายันอยู่ใต้รอยกระดูก symphysis pubis เมื่อมีการหดตัวของมดลูกและแรงเบ่งของมารดา ก็จะผลักดันให้ลำตัวทารกมีการเคลื่อนต่ำลงมา ไหล่หลังจะค่อยๆ เคลื่อนผ่าน pelvic floor และ perineum ออกมาแล้วตามด้วยไหล่หน้า เมื่อไหล่ทั้งสองคลอดออกมาเรียบร้อยแล้ว ส่วนของลำตัว ก้น และขา จะคลอดตามมา เนื่องจากขนาดของลำตัวใกล้เคียงกับความกว้างของไหล่ ส่วนก้นและขามีขนาดเล็กกว่าลำตัวจึงคลอดออกมาได้โดยง่าย



การคลอดไหล่หน้า



การคลอดไหล่หลัง

การคลอดลำตัว

รูปที่ 8 แสดงกลไก Expulsion

ที่มา: <https://geekymedics.com/mechanism-of-labour/>

คำนิยามระยะที่ 2 และ 3 ของการคลอด

ระยะที่ 2 ของการคลอด หมายถึง ระยะที่ปากมดลูกเปิด 10 ซม. มารดาเบ่งคลอดและทารกคลอดออกมาทั้งตัว โดยปกติระยะนี้ผู้คลอดครรภ์แรกใช้เวลาเฉลี่ยไม่เกิน 3 ชั่วโมง และผู้คลอดครรภ์หลัง ใช้เวลาเฉลี่ยไม่เกิน 2 ชั่วโมง (WHO, 2018: 6)

ระยะที่ 3 ของการคลอด หมายถึง เวลานับจากทารกคลอดออกมาทั้งตัว จนถึงรกคลอดออกมาครบสมบูรณ์ ซึ่งภายหลังจากทารกคลอดประมาณ 5 นาที รกจะเริ่มลอกตัว (Pillitteri, 2014: 365) รกลอกตัวสมบูรณ์และคลอดออกมาทั้งหมด ปกติใช้เวลาโดยเฉลี่ย 15 นาที ไม่เกิน 30 นาที ทั้งผู้คลอดครรภ์แรกและผู้คลอดครรภ์หลัง

สำหรับการพยาบาลในระยะที่ 2 ของการคลอดนี้ มีหลักการสำคัญเกี่ยวกับกระบวนการทำคลอดทารก การประเมินสภาพทารกแรกเกิดทันที และการช่วยกู้ชีพทารกแรกเกิดในกรณีที่มีภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด (Neonatal birth asphyxia) รายละเอียด ดังนี้

การทำคลอดทารก

1. การเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์เพื่อการทำคลอด

ตามนโยบายของห้องคลอด รพ.ชลประทาน จะย้ายผู้คลอดเข้ามาดูแลในห้องคลอดเมื่อเข้าสู่ active phase เพื่อติดตามอาการอย่างใกล้ชิด หากมีแนวโน้มความก้าวหน้าของการคลอดล่าช้า แพทย์จะพิจารณาช่วยเจาะถุงน้ำคร่ำ หรือให้ยา Oxytocin เพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูก นิสิตจะเตรียม Set คลอดไว้บนรถ เครื่องมือที่ปลายเตียงในห้องคลอด และจะเปิด Set เมื่อผู้คลอดปากมดลูกเปิดประมาณ 8 ซม. เครื่องมือและอุปกรณ์ในการทำคลอด ประกอบด้วยรายการ ดังนี้

1.1 Set ผ่าคลอด ประกอบด้วย

- 1) ผ้าสีเหลี่ยมปูกัน (ผ้าหนา 2 ผืน)
- 2) ผ้าปูหน้าท้องและเช็ดตัวทารก (ผ้าบางใน 4-5 ผืน)
- 3) ปลอกขา 1 คู่ (ผ้าหนา สีเข้ม)

1.2 Set อุปกรณ์เครื่องมือทำคลอด ประกอบด้วย

- 1) กรรไกรตัดฝีเย็บ 1 เล่ม
- 2) Arterial clamps 2 อัน
- 3) กรรไกรตัดสายสะดือ 1 เล่ม
- 4) Needle Holder 1 อัน
- 5) กรรไกรตัดไหม 1 เล่ม
- 6) Forceps, tooth 1 อัน non-tooth 1 อัน
- 7) Sponge forceps 1 อัน
- 8) Cord clamp 1 อัน หรือยางรัด Cord sterile 3-4 เส้น

1.3 Set อุปกรณ์ทำความสะอาด ประกอบด้วย

- 1) ขามรูปไตเล็ก 1 ใบ ใส่สำลี 8 ก้อน สำหรับใส่น้ำยา Betadine Scrub หรือ Hibi-scrub สำหรับ flushing ทำความสะอาดก่อนทำคลอด
- 2) ขามใบใหญ่ มี tampon 1 อัน สำลีก้อนใหญ่ 10-12 ก้อน สำหรับเช็ดทำความสะอาดขณะและหลังการเย็บแผลเสร็จ
- 3) ลูกสูบยางแดง ใช้ดูดมูกในปากและจมูก 1 อัน

- 4) ถ้วยน้ำยาเล็ก 1 ใบ และสำลีสำหรับเช็ดตา 2 ก้อน
- 5) ถ้วยน้ำยาเล็ก 1 ใบ และสำลีสำหรับเช็ดสะดือ 3 ก้อน
- 6) Top gauze 1 ชิ้น สำหรับ Save perineum

1.4 เสื้อกาวน์สำหรับผู้ทำคลอด 1 ตัว

1.5 ผ้าเช็ดมือ Sterile 1 ผืน

1.6 ถุงมือทำคลอด (หนา) 4 คู่

1.7 อุปกรณ์ในการเย็บแผลฝีเย็บ ประกอบด้วย

- 1) Syringe 10 ml 1 อัน
- 2) เข็มยาวเบอร์ 21 และ 23 อย่างละ 1 เล่ม
- 3) 1-2 % Xylocain without adrenaline
- 4) Chromic catgut 2/0 จำนวน 1 ชุด

1.8 ยากกระตุ้นการหดตัวของมดลูก เตรียมโดยพยาบาลที่ช่วยเหลือผู้ทำคลอด (Circulation nurse)

1) Draw syntocinon 10 unit ด้วย Syringe 3 ml. ใส่หัวเข็มเป็นเบอร์ 24 ยาว 1 นิ้ว สำหรับฉีดเข้ากล้ามเนื้อต้นแขนผู้คลอด หลังทารกคลอดทันที

2) Draw syntocinon 10 unit ด้วย Syringe 3 ml. ใส่หัวเข็มเบอร์ 21 ยาว 1.5 นิ้ว สำหรับ add ในขวดสารน้ำ ในกรณีที่สารน้ำนั้นยังไม่ได้ผสมยามาก่อนการคลอด



รูปที่ 9 แสดงเครื่องมือและอุปกรณ์ใน Set ทำคลอด

2. การเตรียมตัวผู้ทำคลอด

เมื่อพยาบาลประเมินผู้คลอดแล้วพบว่าปากมดลูกเปิดหมด และผู้คลอดเบ่งคลอดมีประสิทธิภาพดีแล้ว จึงไปเตรียมความพร้อม ดังนี้

- 1) สวมหมวกคลุมผม เอี๊ยมพลาสติก สวม Mask และ Face shield
- 2) ล้างมือ-แขนถึงข้อศอก ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อให้ครบ 7 ขั้นตอน นาน 2 นาที
- 3) ใช้ผ้าเช็ดมือ sterile ใน set คลอด เช็ดมือและแขนให้สะอาด
- 4) สวมเสื้อกาวน์ sterile และสวมถุงมือ sterile
- 5) จัดเรียงเครื่องมือและอุปกรณ์ตามลำดับการใช้งาน



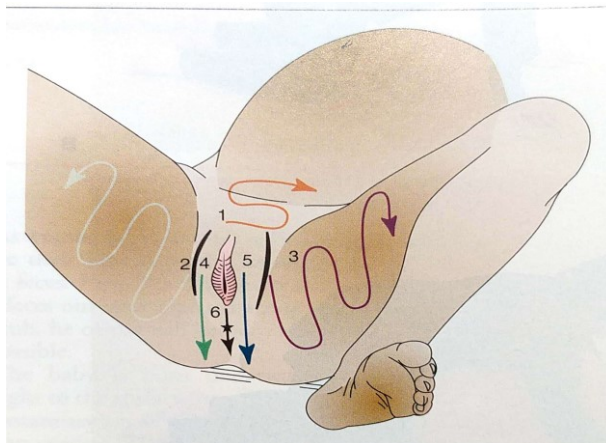
รูปที่ 10 แสดงการเตรียมตัวผู้ทำคลอด

3. การเตรียมตัวผู้คลอด

ผู้ทำคลอดต้องแจ้งให้ผู้คลอดทราบว่าขณะนี้ผู้คลอดปากมดลูกเปิดหมด 10 ซม. พร้อมทั้งจะคลอด จัดท่าผู้คลอดให้นอนหงายศีรษะสูงเล็กน้อย ชันเข่าทั้ง 2 ข้าง หรือให้นอนในท่า Lithotomy และจัดผ้าयरองกันให้เรียบร้อย แนะนำและควบคุมให้ผู้คลอดเบ่งคลอดอย่างถูกวิธี เมื่อผู้คลอดเบ่งได้ถูกต้องแล้ว ผู้ทำคลอดจึงไปเตรียมตัว เมื่อผู้ทำคลอดเตรียมตัวเรียบร้อยแล้ว ให้เตรียมผู้คลอด ดังนี้

3.1 การเช็ดทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และต้นขาทั้ง 2 ข้าง จะทำความสะอาดโดยใช้ Sponge forceps คีบสำลีชุบน้ำยา Betadine Scrub หรือ Hibi-scrub เช็ดตามขั้นตอน ดังนี้

- 1) ก้อนที่ 1 เช็ดที่หัวน่าวขึ้นไปถึงท้องน้อยส่วนล่าง
- 2) ก้อนที่ 2 เช็ดที่ขาหนีบและต้นขาด้านในไล่ตัว ให้ได้พื้นที่ 2/3 ของต้นขา
- 3) ก้อนที่ 3 เช็ดที่ขาหนีบและต้นขาด้านนอกไล่ตัว ให้ได้พื้นที่ 2/3 ของต้นขา
- 4) ก้อนที่ 4 เช็ดที่แคมใหญ่ด้านในไล่ตัวจากบนลงล่าง หากไม่สะอาดกลับด้านสำลีเช็ดซ้ำได้
- 5) ก้อนที่ 5 เช็ดที่แคมใหญ่ด้านนอกไล่ตัวจากบนลงล่าง หากไม่สะอาดกลับด้านสำลีเช็ดซ้ำได้
- 6) ก้อนที่ 6 เช็ดที่แคมเล็กด้านในไล่ตัวจากบนลงล่างจนถึงทวารหนัก ไม่เช็ดซ้ำ
- 7) ก้อนที่ 7 เช็ดที่แคมเล็กด้านนอกไล่ตัวจากบนลงล่างจนถึงทวารหนัก ไม่เช็ดซ้ำ
- 8) ก้อนที่ 8 เช็ดจากบนลงล่าง เริ่มที่ clitoris, urethra, vagina และ anus ครั้งเดียวไม่เช็ดซ้ำ



รูปที่ 11 แสดงขั้นตอนการเช็ดทำความสะอาดบริเวณช่องทางคลอด

ที่มา: Pillitteri, 2014: 392

3.2 การปูผ้า sterile สำหรับการคลอด เมื่อทำความสะอาดบริเวณช่องทางคลอดเรียบร้อยแล้ว ตามด้วยการปูผ้าคลอด Sterile ดังนี้

1) ใช้ผ้าสีเหลี่ยมผืนใหญ่ (ผ้าหนา) ปูรองใต้กันผู้คลอด โดยใช้มือ 2 ข้างจับขอบผ้าด้านบนยกขึ้นตามแนวยาว แล้วหมุนมือ 2 ข้างออกจากกันเพื่อซ่อนมือไว้ใต้ขอบผ้า บอกให้ผู้คลอดยกกันลอยแล้วสอดผ้ารองใต้กันของผู้คลอด บอกผู้คลอดวางกันลงที่เดิม ระวังไม่ให้มือสัมผัสกันของผู้คลอด (contaminate) โดยเด็ดขาด

2) สวมปกอกขาด้านใกล้ตัว โดยสอดมือ 2 ข้าง ใต้ขอบผ้าที่พับตกลงมา และบอกผู้คลอดให้ยกขาด้านขึ้น ผู้ทำคลอดสวมปกอกขาเริ่มจากปลายเท้าให้คลุมถึงโคนขาหนีบและให้ผู้คลอดวางเท้าลง แล้วสวมปกอกขาด้านใกล้ตัว ทำเช่นเดียวกันกับครั้งแรก

3) ใช้ผ้าสีเหลี่ยมผืนเล็ก (ผ้าบาง) พับครึ่งให้ชายผ้าด้านใกล้ตัวผู้ทำคลอดสั้นกว่าอีกด้านเล็กน้อย ปูบริเวณหัวหนาวและหน้าท้อง โดยให้สันผ้าอยู่ด้านบนเพื่อหากเกิดกรณีผ้าปูต้องขึ้นบน contaminate ผู้ทำคลอดสามารถเปิดผ้าชั้นบนออกและใช้งานผ้าชั้นล่างได้



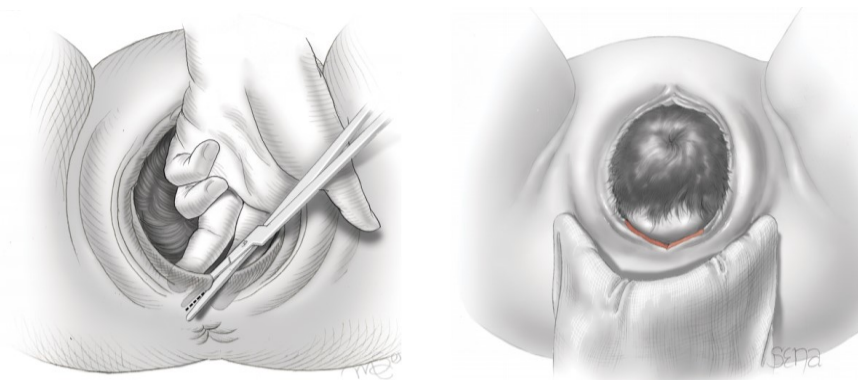
รูปที่ 12 แสดงการปูผ้ารองคลอด

4. การทำคลอดทารก

เมื่อเตรียมผู้คลอดเรียบร้อยแล้ว ผู้ทำคลอดต้องประเมินว่าส่วนนำของทารกเคลื่อนต่ำลงมาดีหรือไม่ ในขณะที่ผู้คลอดเบ่ง และกระตุ้นให้ผู้คลอดเบ่งคลอดทุกครั้งที่มีการหดตัวของมดลูก และช่วยออกเสียงเชียร์เบ่ง เพื่อให้ผู้คลอดรู้สึกมีกำลังใจในการเบ่ง ในขณะที่ผู้คลอดเบ่งทารกในครรภ์จะเกิดการเปลี่ยนแปลงท่าและตำแหน่งของส่วนนำ และลำตัวตามกลไกการคลอดปกติ ในขณะที่ผู้คลอดเบ่ง ผู้ทำคลอดควรเตรียมอุปกรณ์ที่ต้องใช้งานมาวางไว้บริเวณเตียงคลอด เพื่อให้หยิบใช้ได้สะดวก ได้แก่ กรรไกรตัดฝีเย็บ, Top gauze สำหรับ save perineum, ลูกยางแดง และถ้วยสาลีเช็ดตา (ใส่น้ำยาบอริก) แล้วเตรียมทำคลอดทารก ดังนี้

4.1 ทำคลอดศีรษะทารก

1) เมื่อผู้คลอดเบ่งจนเกิด Crowning คือเห็นศีรษะทารกที่บริเวณช่องคลอด ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 4-5 ซม. และเมื่อผู้คลอดหยุดเบ่งศีรษะทารกไม่ผลุบกลับเข้าไป หากผู้ทำคลอดประเมินแล้วว่าช่องทางคลอดและฝีเย็บสามารถยืดขยายได้ดีก็ไม่จำเป็นต้องตัดฝีเย็บ (WHO, 2018) แต่หากผู้คลอดเป็นครรภ์แรกประเมินแล้วพบว่าศีรษะทารกมีขนาดใหญ่ ช่องทางคลอดและฝีเย็บยืดขยายไม่ดี เสี่ยงต่อการฉีกขาด ให้ทำการตัดฝีเย็บ โดยสอดนิ้วกลางและนิ้วชี้มือข้างที่ไม่ถนัดเข้าไปประหว่งศีรษะทารกกับฝีเย็บ ใช้มือข้างที่ถนัดจับกรรไกรใส่เข้าไปประหว่งบนนิ้วมือของผู้ทำคลอดกับฝีเย็บ ให้โคนกรรไกรอยู่ที่ตำแหน่ง Fourchette ปลายกรรไกรเอียงออกด้านข้าง ทำมุมประมาณ 30-45 องศา เมื่อผู้คลอดเบ่ง ฝีเย็บตึง บางใส จึงทำการตัดฝีเย็บโดยตัดครั้งเดียวให้ได้ความยาว 3-4 ซม. ให้นำกรรไกรออกไปวางบนรถเครื่องมือในโซนวางของที่ใช้แล้ว เพื่อไม่ให้เกิดการปนเปื้อนเครื่องมือสะอาดที่ยังไม่ได้ใช้



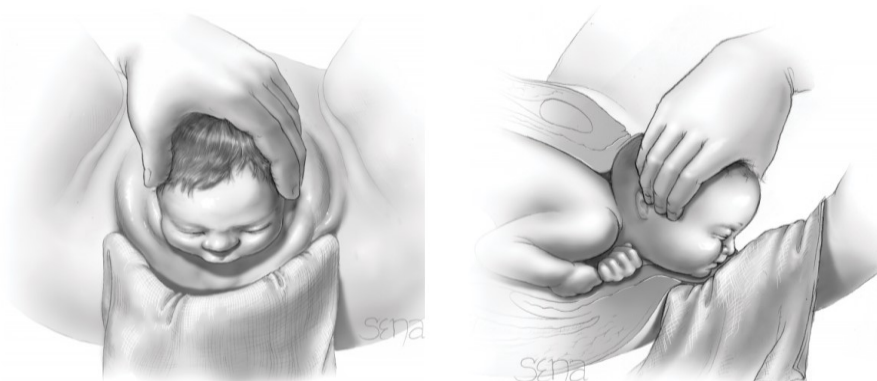
รูปที่ 13 แสดงการตัดฝีเย็บและการ save perineum

ที่มา: Cunningham, et al., 2018: 783

2) ใช้มือข้างที่ถนัดจับผ้า save perineum โดยใช้นิ้วหัวแม่มือกับนิ้วชี้ บีบปากแผลเข้าหากัน ป้องกันไม่ให้แผลฉีกขาดมากขึ้นขณะที่ศีรษะทารกเด้ง (Extension) มืออีกข้างกดที่บริเวณท้ายทอย เพื่อควบคุมไม่ให้ศีรษะทารกเด้งเร็วเกินไปซึ่งจะทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ Critoris ได้

3) เมื่อศีรษะทารกเริ่มเด้ง มือข้างที่กดท้ายทอยเปลี่ยนมาจับที่ขมับทั้งสองข้างของทารกเพื่อช่วยจับศีรษะให้เด้งขึ้น ส่วนมือข้างที่ save perineum ให้เปลี่ยนจากบีบปากแผล มาเป็นบีบและรัดฝีเย็บลงใต้คางทารก ซึ่งวิธีการช่วยคลอดศีรษะนี้เรียกว่า Modified ritgen maneuver

4) เมื่อศีรษะทารกคลอด ให้ทั้งผ้า save ลงถึงแดงทันที เพื่อป้องกันการปนเปื้อนที่ทารก เนื่องจากผ้าชิ้นนั้นเปื้อนสารคัดหลั่งบริเวณทวารหนักแล้ว



รูปที่ 14 แสดงวิธีการช่วยคลอดศีรษะทารก (Modified Ritgen maneuver)

ที่มา: Cunningham, et al., 2018: 764-65

5) เมื่อศีรษะทารกคลอด จะเกิดกลไกการหมุนกลับของศีรษะทารก (Restitution) เพื่อให้สัมพันธ์กับแนวหลังของทารกที่อยู่ด้านใน โดยหมุนในทิศทางทวนหรือตามเข็มนาฬิกาขึ้นอยู่กับท่าของทารกในครรภ์ เช่น ทารกท่า ROA ท้ายทอยของทารกจะหมุนทวนเข็มนาฬิกา 45 องศา หากเป็นท่า LOA ท้ายทอยของทารกจะหมุนตามเข็มนาฬิกา 45 องศา พยาบาลจะช่วยหมุนศีรษะทารกไปอีก 45 องศา ในทิศทางเดิมเพื่อให้ Sagittal suture อยู่ในแนวขวางตั้งฉากกับแนวไหล่ที่อยู่ด้านใน แล้วจึงทำการเช็ดตาและดูดสารคัดหลั่งในปากและจมูก ในบางครั้งผู้ทำคลอดอาจหมุนศีรษะทารกมากกว่า 45 องศา เพื่อให้ทารกอยู่ในท่าแขนหน้า คือ หลังจากศีรษะเกิด Restitution แล้ว พยาบาลจะหมุนศีรษะทารกในทิศทางเดิมต่อไปอีก 135 องศา เพื่อให้ใบหน้าของทารกอยู่ด้านบน แล้วเช็ดตา ดูดมูกและน้ำคร่ำในปากของทารกให้หมด แล้วจึงดูดในจมูกจนหมด หลังจากนั้นหมุนศีรษะทารกจากท่าหงายให้กลับไปอยู่ในท่าตะแคง (External rotation) เพื่อเตรียมทำคลอดไหล่

6) ก่อนการทำคลอดไหล่ ให้ตรวจสอบว่ามีสายสะดือพันคอหรือไม่ หากพบสายสะดือพันคอ 1 รอบ ไม่แน่น ให้ใช้นิ้วมือเกี่ยวสายสะดือข้ามท้ายทอยทารกออกมาด้านนอก หากสายสะดือพันคอ 2 รอบ หรือ 1 รอบและแน่น ให้ใช้ arterial clamp 2 อันหนีบทที่สายสะดือเส้นเดียวกัน ห่างกันประมาณ 1-2 นิ้ว แล้วใช้กรรไกรตัด Cord ตัดสายสะดือออกจากกัน แล้วจึงทำคลอดไหล่

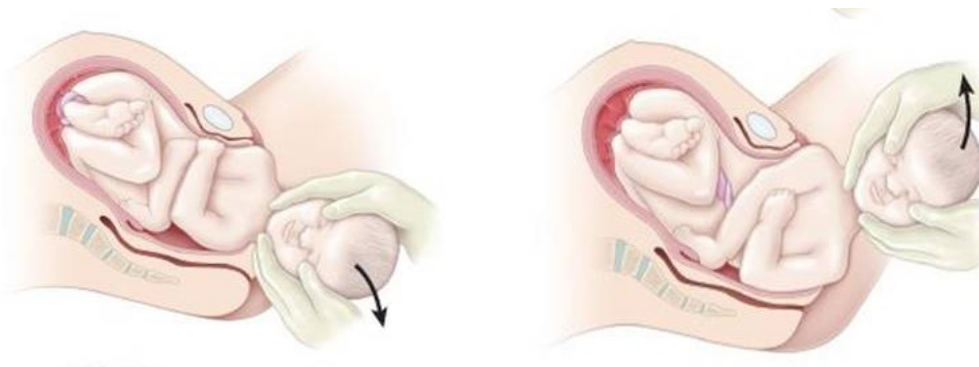


รูปที่ 15 แสดงวิธีรูดสายสะดือผ่านท้ายทอยทารก

ที่มา: Cunningham, et al., 2018. <https://obgynkey.com/vaginal-delivery/>

4.2 ทำคลอดไหล่

ทำคลอดไหล่หน้าหรือไหล่น โดยใช้ฝ่ามือทั้งสองข้างประกบที่ขมับของทารกแล้วโน้มศีรษะทารกลงจนเห็นชอกกรักแร้บน แล้วจึงโน้มศีรษะทารกขึ้นในทิศทางตรงข้ามกัน เพื่อทำคลอดไหล่หลังหรือไหล่นล่าง เมื่อเห็นชอกกรักแร้ล่างแล้วให้ดึงทารกออกมาตรงๆ



รูปที่ 16 แสดงการทำคลอดไหล่หน้าและไหล่หลัง

ที่มา: <https://doctorlib.info/gynecology/obstetrics-gynecology/8.html>

4.3 ทำคลอดลำตัวทารก

1) ดึงทารกออกมาในแนวตรง เมื่อลำตัวพ้นช่องคลอดออกมาถึงกลางลำตัวให้เปลี่ยนมือที่ประกบศีรษะด้านบนของทารกมารองรับลำตัวทารกและค่อยๆดึงส่วนก้น-ขา และเท้าออกมา จนทารกคลอดออกมาทั้งหมด (Expulsion) จึงขานเวลาเกิด

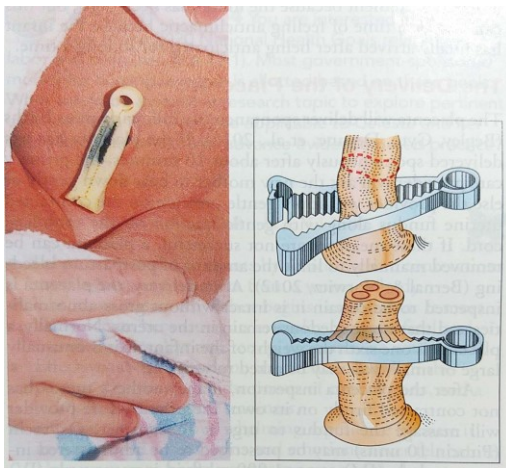
ภายหลังทารกคลอดทันที ให้พยาบาลผู้ช่วยผู้ทำคลอด (Circulation nurse) ฉีดยา Oxytocin 10 unit IM ที่ต้นแขนของผู้คลอด กรณีที่สารน้ำไม่มียาผสมอยู่ให้ add Oxytocin 10 unit ในสารน้ำซึ่งควรมีปริมาณไม่ต่ำกว่า 800 ซีซี หากปริมาณสารน้ำน้อยกว่า 800 ซีซี ให้ผสมยาในสารน้ำขวดใหม่ 1,000 ซีซี และให้ในอัตรา 120 ซีซี/ชม.

2) ประเมินสภาพทารกทันที เช็ดตัวทารกให้แห้งโดยเร็วเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำ ดูดสารคัดหลั่งในปากและจมูกอีกครั้งถ้ายังมีเสียงครี๊ดคราด และกระตุ้นให้ทารกร้อง ควรใช้เวลาในการประเมินและช่วยเหลือในระยะนี้ ประมาณ 1-2 นาที และเตรียม clamp สายสะดือทารก เนื่องจากหาก clamp สายสะดือเร็ว หรือช้าเกินไปจะส่งผลเสียต่อทารกในภายหลังได้ (Pillitteri, 2014: 939)

4.4 การหนีบและตัดสายสะดือ

1) กรณีใช้ cord clamp ใช้น้ำยาชุบ betadine solution ก่อนที่ 1 เช็ดที่สายสะดือ โดยเช็ดจากโคนสะดือขึ้นไปประมาณ 5-10 ซม. ใช้ cord clamp หนีบที่สายสะดือห่างจากโคนสะดือ 1-1.5 นิ้ว ใช้มือรีดเลือดที่สายสะดือจากตำแหน่ง cord clamp ออกไปประมาณ 3-5 ซม. แล้วใช้ arterial clamp หนีบที่สายสะดืออีก 1 อัน เช็ดน้ำยาฆ่าเชื้อที่สายสะดือตรงตำแหน่งที่จะตัดอีกครั้ง แล้วใช้กรรไกรตัดสายสะดือโดยให้ห่าง

จาก cord clamp ประมาณ 0.5 ซม. แล้วใช้สำลีชุบ betadine ก้อนสุดท้ายที่เช็ดปลายสายสะดือที่ตัด เช็ดลงมาที่ตัวสายสะดือและวนออกรอบๆโคนสะดือจนเป็นรัศมีกว้างประมาณ 1 นิ้ว



รูปที่ 17 แสดงการ clamp สายสะดือด้วย cord clamp

ที่มา: Pillitteri, 2014: 393

2) กรณีใช้ยางรัด cord หลังจากทำความสะอาดสายสะดือแล้วให้ใช้ arterial clamp ตัวที่ 1 ที่ใส่ยางรัด cord ไว้เรียบร้อยแล้ว หนีบที่ตำแหน่งเหนือโคนสะดือขึ้นมาประมาณ 1-1.5 นิ้ว แล้วใช้มืออีกข้างรัดเลือดที่สายสะดือขึ้นไปจาก arterial clamp ตัวที่ 1 ประมาณ 3-5 ซม. แล้วใช้ arterial clamp ตัวที่ 2 หนีบสายสะดือไว้ เช็ดทำความสะอาดสายสะดือตรงบริเวณที่จะตัดอีกครั้ง ใช้กรรไกรตัด cord ตัดสายสะดือเหนือ arterial clamp ตัวที่ 1 ประมาณ 0.5-1 ซม. แล้วใช้ tooth forceps คีบหนีบยางให้อุ้มปลายสายสะดือและปลาย arterial clamp เพื่อให้ยางรัดที่ปลายสายสะดือ



รูปที่ 18 แสดงวิธีการ clamp และรัดสายสะดือด้วยยางรัด cord

4.5 อุ้มทารกให้มารดาดูเพศ ให้มารดาบอกว่าทารกเพศอะไร และรับนำทารกไปให้การพยาบาลได้ radiant warmer โดยเร็ว

4.6 ประเมินการเสียเลือด ประเมินปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดโดยการใส่ถุงตวงเลือดตรงใต้ก้นผู้คลอด หรือตวงด้วยชามรูปไต ประเมินการฉีกขาดของแผลฝีเย็บแบบคร่าวๆ เพื่อดูว่าเลือดที่ออกไม่มาจากแผลฝีเย็บ และเตรียมอุปกรณ์ในการทำคลอดต่อไป

5. การประเมินสภาพทารกแรกเกิดทันทีหลังคลอดและการช่วยกู้ชีพทารกแรกเกิด

ทันทีที่ทารกคลอด ผู้ทำคลอดต้องประเมินทารกโดยดู 3 ประการ ได้แก่ ทารกคลอดครบกำหนดหรือไม่ (Term gestation?) การขยับเคลื่อนไหวแขน-ขาดีหรือไม่ (Good tone?) และหายใจดีหรือร้องเสียงดัง หรือไม่ (Breathing or Cry?) (Wyckoff, et al., 2015) หากทารกแรกเกิดมีลักษณะทั้ง 3 ประการ ดี (Vigorous) สามารถให้การดูแลตามปกติและให้ไปอยู่กับมารดาได้ แต่ถ้าทารกแรกเกิดมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งไม่ดี (Non-vigorous) จำเป็นต้องได้รับการช่วยกู้ชีพ ซึ่งการพยาบาลทารก (Wyckoff, et al., 2015:543; อัญชลี ลิ้มรังสิกุล และพฤษ พงษ์มี, 2555:10) มีดังนี้

5.1 การดูแลช่วยเหลือทารกแรกเกิดรายปกติ (Vigorous)

- 1) เช็ดตัวให้แห้ง
- 2) ดูดสารคัดหลั่งในปาก จมูกให้หมด และกระตุ้นให้ทารกร้อง
- 3) ให้ความอบอุ่นแก่ทารกโดยการห่อตัวและให้การพยาบาลได้ Radiant warmer
- 4) ติดตามประเมินการหายใจ Oxygenation และสัญญาณชีพทุก 15 นาที
- 5) ประเมิน APGAR score ทารกแรกเกิดในนาทีที่ 1 โดยมีรายละเอียดการประเมินดังแสดงใน

รูปที่ 19

6) ดูแลให้ทารกได้รับการ Early bonding เช่น skin to skin contact, early breastfeeding เป็นต้น หากทารกอาการทั่วไปปกติ

APGAR Test Scoring						
	Score 0	Score 1	Score 2			
A ppearance				G rimace		
	Blue all over	Blue only at extremities	No blue coloration		No response to stimulation	Grimace or feeble cry when stimulated
P ulse				A ctivity		
	No pulse	<100 beats/min.	>100 beats/min.		No breathing	Weak, slow, or irregular breathing
				R espiration		
					Strong cry	Strong cry

รูปที่ 19 แสดงการประเมินและการให้คะแนน APGAR score

ที่มา: <https://www.pinterest.com/p2georges/l-n-d/>

5.2 การดูแลช่วยเหลือทารกแรกเกิดที่ผิดปกติ (Non-Vigorous)

ทารกต้องได้รับการดูแลได้ Radiant warmer โดยเร็วที่สุดและให้การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นตามแนวทางการช่วยกู้ชีพทารกแรกเกิด ซึ่งมีกิจกรรมสำคัญ 4 ประการ A-B-C-D (Wyckoff, et al., 2015:543; อัญชลี ลิ้มรังสิกุล และพญหัส พงษ์มี, 2555:10) ดังนี้

1) A: Airway เริ่มต้นที่ให้ความอบอุ่นและป้องกันอุณหภูมิร่างกายต่ำ โดยการทำกิจกรรมการพยาบาลได้ warmer (keep warm), จัดท่า sniffing position, clear secretion, เช็ดตัวให้แห้งและกระตุ้นให้หายใจ โดยใช้เวลาไม่เกิน 1 นาที หลังจากนั้นประเมินผลหากทารกยังไม่หายใจหรือยังเขียวหรือหัวใจเต้น < 100 ครั้ง/นาที ให้การช่วยเหลือในขั้นตอนต่อไป B

2) B: Breathing ถ้าทารกไม่หายใจหรือหัวใจเต้น < 100 ครั้ง ควรช่วยหายใจด้วยออกซิเจนแรงดันบวกทันที เช่น ทำ Manual PPV 5 ครั้ง (Perkins, et al., 2018) หรือใช้เครื่องช่วยหายใจ CPAP (อัญชลี ลิ้มรังสิกุล และพญหัส พงษ์มี, 2555:11) และประเมินออกซิเจนในเลือดด้วย Pulse oxymeter ควรใช้เวลาในการช่วยหายใจไม่เกิน 30 วินาที แล้วประเมินซ้ำ ถ้าหากหายใจดีขึ้น หัวใจเต้นมากกว่า 100 ครั้ง/นาที ดูแลให้ได้รับออกซิเจน ให้ความอบอุ่น และหากทารกยังไม่หายใจหรือไม่ดีหรือการเต้นของหัวใจเต้นน้อยกว่า 60 ครั้ง/นาที ให้ทำการช่วยเหลือลำดับต่อไป C

3) C: Chest compression หากทารกมีอัตราการเต้นของหัวใจ < 60 ครั้ง/นาที ให้ทำการกดหน้าอก โดยใช้การกดหน้าอก 3 ครั้ง และช่วยหายใจด้วย PPV 1 ครั้ง (3:1) (Perkins, et al., 2018) ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารกซ้ำทุกๆ 30 วินาที หากยังไม่ดีขึ้นให้ช่วยเหลือกดหน้าอกและช่วยหายใจ 3:1 ไปเรื่อยๆ และแพทย์อาจต้องพิจารณาใช้ยาต่อไป D

4) D: Drug ยาที่ใช้ได้แก่ Epinephrine ร่วมกับการกดหน้าอกและช่วยหายใจ กรณีอัตราการเต้นของหัวใจดีขึ้น > 60 ครั้ง/นาที ให้หยุดกดหน้าอก แต่ช่วยหายใจด้วย PPV ต่อไปเรื่อยๆจนกว่าอัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 100 ครั้ง/นาที และทารกหายใจได้เอง โดยปรับอัตราการไหลออกซิเจนตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนซึ่งควรมีค่าอยู่ที่ประมาณ 93-95% ดูแลติดตามประเมินการหายใจ สัญญาณชีพ ให้ความอบอุ่น และให้การพยาบาลอื่นๆตามแนวทางการดูแลของแต่ละหน่วยงานต่อไป เช่น ส่งไปรักษาตัวต่อที่ NICU เป็นต้น

สรุปหลักการพยาบาลในระยะที่ 2 ของการคลอด

ระยะที่ 2 ของการคลอดนอกจากจะเน้นที่กระบวนการในการทำคลอดแล้ว ในระยะเบ่งคลอดผู้คลอดควรได้รับการพยาบาลอื่นๆตามปกติ ซึ่งหลักการพยาบาลผู้คลอดในระยะที่ 2 ของการคลอด (Ricci, et al., 2013: 479) มีดังนี้

1. วัดสัญญาณชีพ (BP, PR, RR) ทุก 5-15 นาที
2. ติดตามฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ โดยใช้ Drop tone หรือ continuous EFM และบันทึกทุก 5-15 นาที หรือ ฟังทุกครั้งหลังการเบ่งคลอด หากพบลักษณะการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ เช่น มี Variable หรือ Late deceleration ให้รายงานแพทย์

3. ประเมินการหดตัวของมดลูกและบันทึก ทุก 5-15 นาที
4. เชียร์เบ่ง และกำกับให้ผู้คลอดเบ่งอย่างถูกวิธีทุกครั้งที่มีการหดตัวของมดลูก โดยเบ่งให้ได้ 3 ครั้งต่อการหดตัวของมดลูก 1 ครั้ง และเบ่งแต่ละครั้งให้นาน 8-10 วินาที
5. สังเกตลักษณะของสารคัดหลั่งที่ออกทางช่องคลอดและประเมินอาการแสดงของการเคลื่อนต่ำของส่วนนำและการเกิด Crowning ทุกครั้งที่ผู้คลอดเบ่ง
6. ประเมินพฤติกรรมกรรมการแสดงออกในขณะที่เบ่งคลอด ทุกๆ 15 นาที พุดคุยให้กำลังใจและกระตุ้นให้ผู้คลอดเบ่งคลอดอย่างถูกวิธี และบอกให้ผู้คลอดตั้งใจในการเบ่งคลอดเพื่อให้ทารกคลอดออกมาได้อย่างปลอดภัยโดยเร็ว

ระยะที่ 3 ของการคลอด

เป็นระยะของการคลอดรก ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้คลอดมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเสียเลือดปริมาณมาก หรือเกิดตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage) ได้ ดังนั้นองค์การอนามัยโลกจึงได้กำหนดแนวทางในการดูแลจัดการในระยะที่ 3 ของการคลอดให้สิ้นสุดโดยเร็ว (Active management of third stage of labor: AMTSL) โดยใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที นับจากทารกคลอดจนถึงรกคลอดออกมาครบสมบูรณ์ (Tunçalp, et al., 2013; Du, et al., 2014; Hofmeyr, et al., 2015; NICE, 2017) ซึ่งมีหลักปฏิบัติที่สำคัญดังนี้

1. ให้อาการกระตุ้นการหดตัวของมดลูกในขณะที่ทารกคลอด หรือหลังทารกคลอดทันที
2. การ Clamp และตัดสายสะดือในเวลาที่เหมาะสม 1-3 นาที (WHO, 2014; Gates and Smith, 2020)
3. ทำคลอดรกด้วยวิธี Controlled Cord traction และคลึงมดลูกทันทีหลังรกคลอด

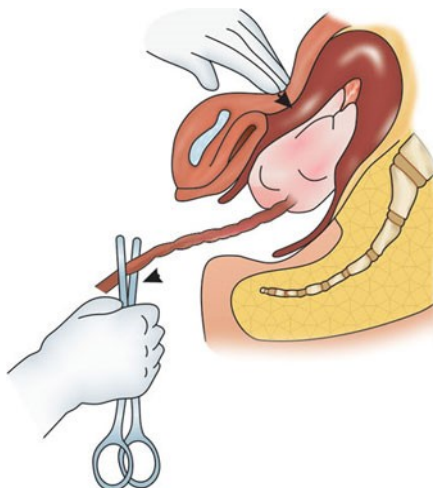
การทำคลอดรก (Placenta delivery)

การทำคลอดรกมีอยู่ 3 วิธี ได้แก่ Brandt-Andrews Maneuver, Controlled Cord traction และ Modified crede' maneuver ซึ่งมีวิธีปฏิบัติ ดังนี้

1. การทำคลอดรกด้วยวิธี Brandt-Andrews Maneuver หลักการคือการใช้มือกดไล่งอกออกมา มีวิธีการปฏิบัติ ดังนี้

- 1) ตรวจสอบการลอกตัวของรก และเริ่มทำคลอดรกเมื่อรกลอกตัวสมบูรณ์แล้วเท่านั้น
- 2) คว่ำมือข้างที่ถนัดวางไว้ที่รอยต่อเหนือกระดูกหัวหน่าว แล้วใช้มือข้างที่ไม่ถนัดจับสายสะดือหรือจับที่ arterial clamp ดึงสายสะดือให้ตึงพอดี ไม่ออกแรงดึงมากเกินไป ทำการทดสอบว่ารกลอกตัวสมบูรณ์แล้ว โดยใช้มือข้างที่ถนัดกดที่เหนือหัวหน่าวแล้วโกยมดลูกส่วนบนขึ้นไปเล็กน้อยถ้ารกลอกตัวสมบูรณ์แล้วสายสะดือจะไม่ถูกดึงรั้งขึ้นไป (cord test)

3) ทำคลอดรกโดยใช้มือข้างที่ถนัดเปลี่ยนมาคบริเวณท้องน้อยเหนือรอยต่อกระดูกหัวหน่าว ใช้การกดลงด้านล่างเพื่อผลักดันรกที่อยู่ในมดลูกส่วนล่างให้เคลื่อนต่ำลงมา จนกระทั่งเห็นรกโผล่พ้นปากช่องคลอด จึงเปลี่ยนจากการกดลงด้านล่าง เป็นการดันมดลูกส่วนบนขึ้นไปเพื่อรั้งให้เยื่อหุ้มทารกหลุดตัว แล้วใช้เครื่องมือจับสายสะดือไว้ช่วยดึงรกรอกออกมาเบาๆ ถ้าหากมีเยื่อหุ้มทารกบางส่วนยังคลอดไม่หมดอาจใช้มือทั้งสองจับรอกมุนจนเยื่อหุ้มทารกคลอดครบ

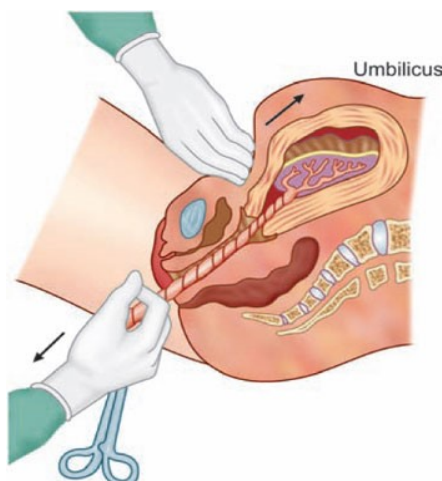


รูปที่ 20 แสดงการทำคลอดรกด้วยวิธี Brandt-Andrews Maneuver

ที่มา: <https://www.jaypeedigital.com/book/9788184485905/chapter/ch9>

2. การทำคลอดรกด้วยวิธี Controlled Cord traction ใช้หลักการดึงสายสะดือเพื่อให้รอกคลอดออกมา วิธีนี้มีความเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดมดลูกปลิ้นได้ง่าย ดังนั้น WHO จึงแนะนำให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์หรือได้รับการฝึกฝนมาอย่างดีเท่านั้นที่สามารถทำได้ (WHO, 2012) การทำคือทำคลอดรกหลังการตัดสายสะดือโดยไม่รอ Signs การลอกตัวของรก โดยใช้มือข้างที่ถนัดคลึงมดลูกส่วนบนให้แข็งและดันมดลูกส่วนบนไม่ให้เลื่อนลงมา ใช้มือข้างที่ถนัดจับสายสะดือให้รอกออกมาในแนวระนาบจนรกและเยื่อหุ้มทารกคลอดออกมาหมด

การทำคลอดรกด้วยวิธีนี้ควรตรวจรกด้านแม่อย่างละเอียด เพราะการดึงสายสะดือเพื่อให้รอกคลอดอาจดึงเอารกซึ่งยังลอกตัวไม่หมด ทำให้มีเศษ Cotyledon ค้างอยู่ได้ และวิธีนี้ที่อาจทำให้มีเศษรกค้างอยู่โพรงมดลูกได้มากกว่าวิธีอื่น ภายหลักรกและเยื่อหุ้มทารกคลอดออกมาหมดแล้วต้องตรวจการหดตัวของมดลูก คลึงมดลูกให้แข็ง ใส่ก้อนเลือดที่อยู่ในโพรงมดลูกออกให้หมด เพื่อป้องกันก้อนเลือดไปขัดขวางการหดตัวของมดลูก ถ้าพบว่าการหดตัวของมดลูกไม่ดี ให้รายงานแพทย์เพราะอาจต้องให้ยากระตุ้นการรัดตัวของมดลูกเพิ่มเติม ยาที่นิยมให้คือ Methergin 0.2 gms. ซึ่งจะใช้ในรายที่ไม่มีข้อห้าม เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดและหัวใจ ถ้ามีข้อห้ามในการใช้ Methergin แพทย์จะพิจารณาให้ใช้ Oxytocin แทน



รูปที่ 21 แสดงการทำคลอดตรดด้วยวิธี Controlled Cord traction

ที่มา: <https://www.jaypeedigital.com/book/9788184485905/chapter/ch9>

3. การทำคลอดตรดด้วยวิธี Modified crede' maneuver หลักการคือใช้แรงดันจากมือและมดลูกให้ข้อบกที่ลอกตัวสมบูรณ์แล้วออกมา ซึ่งเป็นวิธีที่มีความปลอดภัยเสี่ยงต่อการเกิดมดลูกปลิ้นได้น้อย เนื่องจากจะทำการคลอดตรดเมื่อพบว่ารกมีการลอกตัวอย่างสมบูรณ์แล้ว การทำคลอดตรดด้วยวิธี Modified crede' maneuver มีขั้นตอนดังนี้

3.1 แจ้งให้ผู้คลอดทราบว่าจะทำการคลอดตรด และประเมินสภาพกระเพาะปัสสาวะหากกระเพาะปัสสาวะเต็มควรสวนปัสสาวะก่อนทำคลอดตรด

3.2 ตรวจสอบ Sign การลอกตัวของรก และทดสอบว่ารกลอกตัวสมบูรณ์แล้วจึงเริ่มทำคลอดตรด

3.3 ทำคลอดตรดโดย ผู้ทำคลอดยืนทางด้านซ้ายของผู้คลอด ใช้มือข้างที่ถนัดคลึงมดลูกให้หดตัวแข็ง แล้วผลักมดลูกให้อยู่ตรงกลาง จับมดลูกให้อยู่ในอุ้งมือ โดยหงายมือให้นิ้วทั้งสี่สอดเข้าไปทางด้านหลังของยอดมดลูก ส่วนนิ้วหัวแม่มืออยู่ทางด้านหน้าของมดลูก แล้วใช้อุ้งมือดันยอดมดลูกส่วนบนที่หดตัวแข็ง แล้วกดยอดมดลูกทำมุม 30 องศา กับ promontary of sacrum ส่วนมือข้างที่ไม่ถนัดถือขามรองรก เมื่อรกคลอดออกมา 2/3 ให้เปลี่ยนมือที่ดันมดลูกลง เป็นกดลงตรงๆ บริเวณเหนือหัวเหน่าหรือกดโกยมดลูกขึ้น โดยใช้ปลายนิ้วมือทั้งสี่สอดเข้าที่ผนังหน้าท้องบริเวณกระดูกหัวเหน่าแล้วโกยมดลูกขึ้นจนกว่าเยื่อหุ้มทารกจะลอกหลุดออกมาหมด

3.4 คลึงมดลูกทันทีหลังรกคลอด เพื่อให้มดลูกหดตัวแข็ง กดและผลักที่ยอดมดลูกเพื่อไล่อ่อนเลือดที่ค้างอยู่ในโพรงมดลูกออกมาจนหมด แล้วคลึงมดลูกให้หดตัวดีเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด



Modified Crede's maneuver

รูปที่ 22 แสดงการทำคลอดรกด้วยวิธี Modified crede' maneuver

ที่มา: <https://slideplayer.com/slide/5771235/>

การพยาบาลที่สำคัญก่อนและหลังการทำคลอด

1. ก่อนทำคลอดควรใช้ถุงตวงเลือดรองใต้กันผู้คลอดก่อน ในกรณีที่โรงพยาบาลมีการใช้ถุงตวงเลือด โดยเปลี่ยนผ้าปูรองกันพื้นใหม่สอดถุงตวงเลือดเข้าใต้กันผู้คลอดโดยให้เหน็บถุงทับผ้ารองกันให้แน่นเพื่อไม่ให้ถุงหลุดลงด้านล่าง



รูปที่ 23 แสดงวิธีการใช้ถุงตวงเลือด

ที่มา: กลุ่มงานสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลน่าน, 2558

<http://www.r2rthailand.org/download/r2r8th/23/grand/Safety%20bag%20%E0%B8%9E.%E0%B8%A7%E0%B8%AA%E0%B8%B1%E0%B8%99%E0%B8%95%E0%B9%8C.pdf>

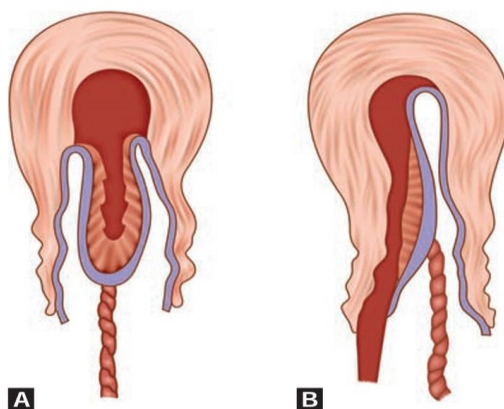
2. ในกรณีที่ไม่มีการใช้ถุงตวงเลือด ก่อนการทำคลอดให้ประเมินกระเพาะปัสสาวะก่อน หากพบ bladder full ให้สวนปัสสาวะทิ้ง แล้วจึงทำการประเมิน signs การลอกตัวของรก ซึ่งกลไกการลอกตัวของรก มีดังนี้

การลอกตัวของรกเกิดจากการหดตัวของ (Contraction) และการคลายตัว (Retraction) เป็นระยะๆ ของกล้ามเนื้อมดลูก ทำให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างพื้นที่รกและขนาดของโพรงมดลูก และเกิดการฉีกขาดของ

หลอดเลือด ทำให้เลือดไหลซึมอยู่ด้านหลังรก เรียกว่า Retro placental hematoma ซึ่งจะช่วยดันให้แผ่นรก แยกจากผนังมดลูกทำให้เกิดการลอกตัวของรกขึ้น การลอกตัวของรกแบ่งออกเป็น 2 แบบ ได้แก่

2.1. Schultze's method จะเกิดการลอกตัวของรกที่บริเวณตรงกลางรก ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอดก่อนที่รกจะคลอด ขณะทำคลอดตรรกจะมองเห็นรกทางด้านลูกออกมาก่อน และมักจะเห็นเลือดเมื่อรกคลอดออกมาแล้ว

2.2 Duncan's method จะเกิดการลอกตัวที่บริเวณริมรก ขณะรกลอกตัวจะมีเลือดออกมาภายนอก เวลาคลอดตรรกจะเห็นริมรกด้านแม่ออกมาก่อน



รูปที่ 24 แสดงรูปแบบการลอกตัวของรก

A= Schultze's method, B= Duncan's method

ที่มา: <https://www.facebook.com/S.S.Harale12/photos/a.103871991350180/199196125151099>

3. ประเมิน signs การลอกตัวของรก โดยอาการแสดงการลอกตัวของรก ได้แก่

1) มีการเปลี่ยนแปลงของมดลูก (Uterine sign) มดลูกจะหดตัวกลมแข็ง ขนาดเล็กลง เปลี่ยนรูปร่างจากแบนเป็นกลมเอียงไปทางขวาเพราะทางซ้ายมีส่วนของลำไส้ใหญ่ขวางอยู่ ทำให้มองเห็นมดลูกเป็นก้อนทางหน้าท้อง

2) อาการแสดงทางอวัยวะสืบพันธุ์ (Vulva sign) จะพบเลือดออกมาทางช่องคลอด จะพบในรายที่มีการลอกตัวของรกแบบ Duncan's method

3) มีการเปลี่ยนแปลงของสายสะดือ (Cord sign) สายสะดือจะคลายเกลียว และตรวจไม่พบชีพจรที่สายสะดือ สายสะดือจะเคลื่อนต่ำลงจากตำแหน่งเดิมประมาณ 8-10 เซนติเมตร ทดสอบโดยการทำ cord test โดยใช้มือกดลงตรงๆบริเวณเหนือกระดูกหัวเหน่า ถ้าสายสะดือไม่เคลื่อนตามมือขณะกดแสดงว่ารกลอกตัวสมบูรณ์ และลงมาอยู่ส่วนล่างของมดลูกแล้วสามารถทำคลอดตรรกได้

4. ให้ทำคลอดตรรกด้วยวิธี Modified crede' maneuver ตามขั้นตอนการทำคลอดตรรกที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น และคลึงมดลูกให้แข็งทันทีหลังรกคลอด

5. วัดสัญญาณชีพ หลังรกคลอดให้วัดสัญญาณชีพและจดบันทึกทันที หากพบว่าความดันโลหิตสูง

มากกว่า 140/90 mmHg. ชีพจรเร็ว มากกว่า 100 ครั้ง/นาที หรือน้อยกว่า 50 ครั้ง/นาที ให้งานอาจารย์
นิเทศหรือพยาบาลหัวหน้าเวรทันที

6. ประเมินการสูญเสียเลือดจากการคลอด โดยประเมินเลือดในถุงตวงเลือด หรือกรณีไม่ได้ใช้ถุงตวง
เลือดให้ใช้ชามรูปไตตวงเลือดที่เป็นก้อนเลือดทั้งหมดบริเวณผ้ารองเลือด รวมถึงประมาณเลือดที่เปื้อนผ้าด้วยและ
ลงบันทึกทันที

การตรวจประเมินสภาพรก

การตรวจสภาพรก จำทำภายหลังรกลคลอดสมบูรณ์และดูแลคลึงมดลูกให้แข็ง ตรวจสอบการฉีกขาด
ของแผลฝีเย็บแล้ว จึงจะทำการตรวจสภาพรกโดยละเอียดอีกครั้ง ดังนี้

1. ตรวจสายสะดือ: ดูเส้นเลือด ปม ความยาว และตำแหน่งของสายสะดือที่เกาะบนรกด้านลูก
(Chorionic plate) ปกติสายสะดือจะยาว 35-100 เซนติเมตร เฉลี่ย 50 เซนติเมตร มีเส้นเลือด vein 1 เส้น
Artery 2 เส้น ลักษณะของสายสะดือจะบิดเป็นเกลียว ทำให้ไม่หักพับงอ และตรวจดูปม (Knot) ที่บริเวณสาย
สะดือ ซึ่งจะมี 2 ลักษณะ ได้แก่

1) ปมแท้ (True knot) เป็นลักษณะของสายสะดือที่พันกัน มัดเป็นปม มักพบว่าเป็นสาเหตุให้
ทารกขาดออกซิเจนและตายในครรภ์ได้

2) ปมเทียม (False knot) เป็นลักษณะการขดตัวของหลอดเลือดสายสะดือ ปูดขึ้นมา ทำให้
มองเห็นสายสะดือเป็นปมๆ คล้ายเส้นเลือดขอด แต่เลือดยังสามารถไหลเวียนไปเลี้ยงรก และทารกได้ตามปกติ
ไม่เป็นอันตราย



รูปที่ 25 แสดงลักษณะของสายสะดือและหลอดเลือดสายสะดือ

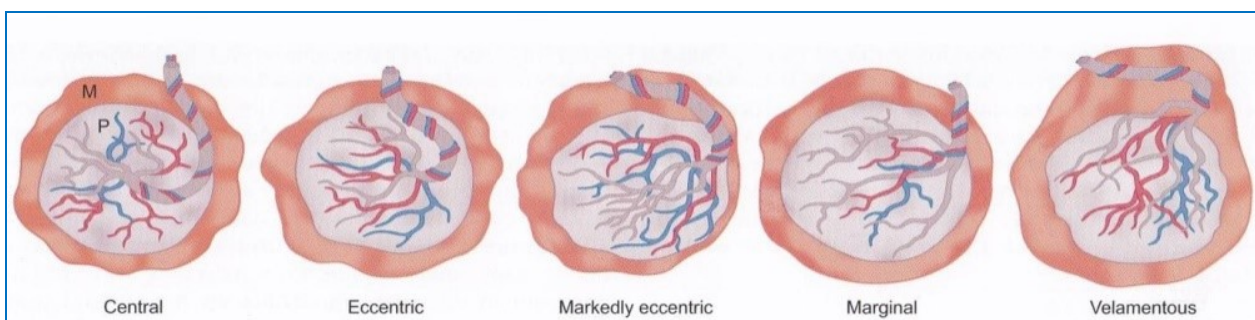


รูปที่ 26 แสดงลักษณะปมแท้และปมเทียมของสายสะดือ

ที่มา: Focşa, et al., 2021

3) ตำแหน่งการเกาะของสายสะดือซึ่งมีหลายตำแหน่ง ดังนี้

- Central insertion or Insertio centralis
- Lateral insertion or Insertio lateralis or insertio Eccentric
- Marginal insertion or Insertio marginalis
- Membranous insertion or Insertio velamentosa



รูปที่ 27 แสดงตำแหน่งการเกาะของสายสะดือ

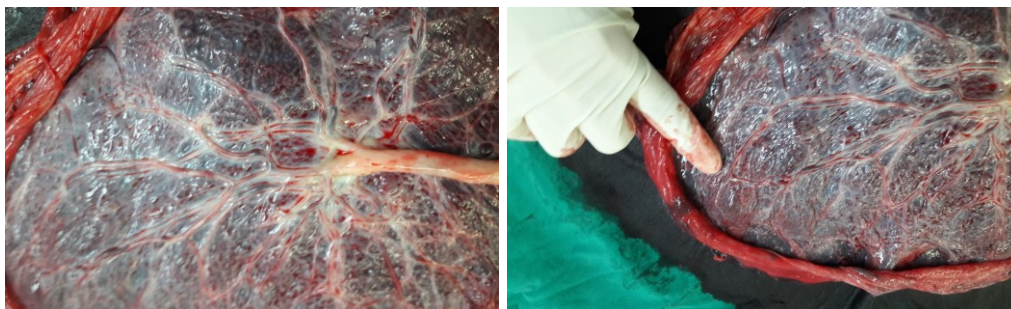
ที่มา: https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/index.php?option=com_content&view=article&id=1174:placental-abnormalities&catid=45&Itemid=561

2. ตรวจเยื่อหุ้มทารก

- ความสมดุลของเยื่อหุ้ม amnion, chorion ต้องมีขนาดเท่ากัน (หาก amnion ขนาดเล็กอาจมีเยื่อหุ้มทารกค้ำในโพรงมดลูก)
- ความสมดุลระหว่างขนาดของ amnion กับขนาดของทารก (ถ้าทารกตัวใหญ่แต่ amnion ขนาดเล็ก อาจมีเยื่อหุ้มทารกค้ำในโพรงมดลูก)
- รอยแตกของ amnion ปกติจะอยู่ห่างจากขอบรกไม่น้อยกว่า 7 cm. (หากอยู่ใกล้ขอบรกอาจมีภาวะรกเกาะต่ำ ซึ่งมารดาเสี่ยงต่อการเกิดตกเลือดหลังคลอดได้)
- การฉีกขาดไปบางส่วนของ amnion อาจเกิดจากรกน้อยชนิด placenta spurium ค้ำในโพรงมดลูก

3. ตรวจรกด้านลูก (Fetal surface) ปกติจะมีสีเทาและมัน มีเส้นเลือดมาเลี้ยง

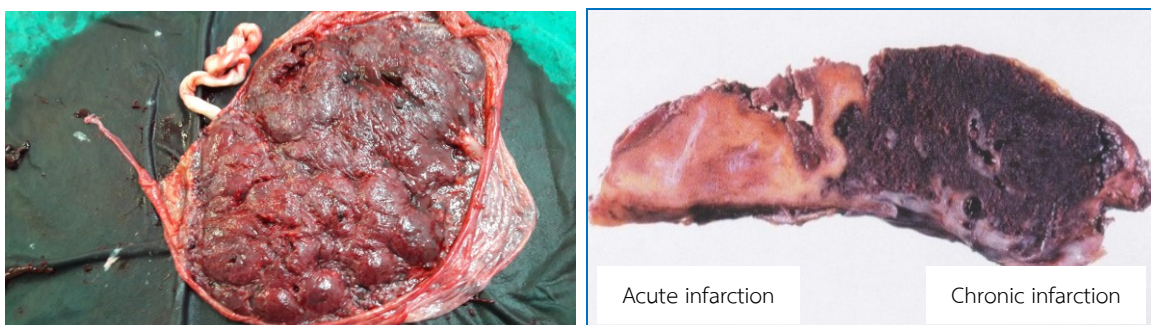
- การกระจายของเส้นเลือดไปยังขอบรก ปกติจะสิ้นสุดก่อนถึงขอบรก 1-2 cm. (หากพบเส้นเลือดทอดไปถึงขอบรก และเลยขอบรกออกไป อาจมีรกน้อยชนิด placenta succenturiata)
- ดู closing ring of Wrinkle-Waldeyer ซึ่งปกติจะเห็นเป็นวงสีขาวรอบรก (หากพบวงขาวห่างจากขอบรกเข้ามามากกว่าปกติอาจเป็นรกชนิด placenta circumvallate)



รูปที่ 28 แสดงเส้นเลือดและการสิ้นสุดของเส้นเลือดที่รก

3. ตรวจรกด้านแม่ (Maternal surface)

- Cotyledon: ปกติมี 15-20 lobe เป็นก้อนเนื้อรูกสีแดง ลักษณะคล้ายลิ้นจี่ (หากมีสีซีดแสดงว่าขาดเลือดไปเลี้ยง)
- Infarction: เนื้อตายที่เนื้อรก มี 2 ระยะคือ ระยะเฉียบพลันจะพบเนื้อตายที่รกเป็นสีขาวแข็ง คลำพบลิ้นๆ ถ้าขาดเลือดเป็นระยะเวลานานหรือเรื้อรังจะพบ Infarction ที่มีลักษณะสีดำ ซึ่งมารดาอาจจะมีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังมาก่อน



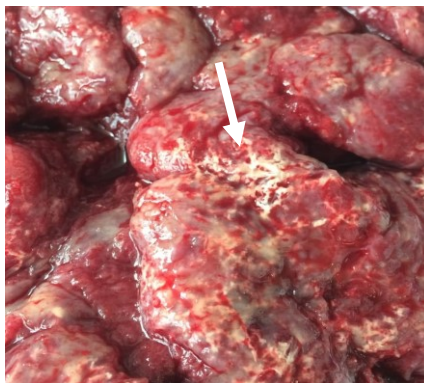
รูปที่ 29 แสดงลักษณะของ cotyledon และ Infarction

ที่มา: ปกรณ์ จักชูวัชร และเฟื่องลดา ทองประเสริฐ, 2559.

<https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/images/stories/Lectures/ResidentTopic/Pakorn/placenta13b.jpg>

- Calcification: แคลเซียมเกาะที่รก มีลักษณะเป็นสีขาวๆ คลำพบสากๆมือ หากพบ Calcification แสดงว่ามีรกเสื่อมจากการตั้งครรภ์นาน หรือพบในรายที่เป็น Post term

การรายงานขนาดของเนื้อตายหรือขนาดพื้นที่ที่มีแคลเซียมเกาะ โดยให้แบ่งรอกออกเป็น 4 ส่วน คิดเป็นส่วนละ 25% เมื่อประเมินแล้วให้รายงานปริมาณ Infarction หรือ Calcification เป็น %



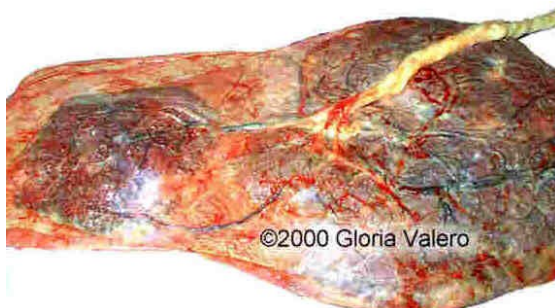
รูปที่ 30 แสดงลักษณะของ calcification ที่ cotyledon

ที่มา: <https://twitter.com/ganye91/status/1272243322153832450>

- Marginal sinus รอบขอบรก
- รอยบุ๋มบนผิวรกด้านแม่ (หากกดรก แล้วเป็นรอยบุ๋มแสดงว่ารกลอกตัวก่อนกำหนด และมีก้อนเลือดคั่งอยู่หลังรก)
- ขนาดของทารกโดยปกติจะเท่ากับ 2 ฝ่ามือ หรือมีเส้นผ่านศูนย์กลาง ประมาณ 20 cm.
- ชั่งน้ำหนักรก: โดยปกติรกจะมีน้ำหนักประมาณ 500 กรัม หรือ 1/5-1/6 ของน้ำหนักตัวทารก

ความผิดปกติของรกที่พบได้บ่อย

1. Placenta succenturiata คือ รกที่มีรkn้อย และมีเส้นเลือดไปเลี้ยงที่รkn้อย



รูปที่ 31 แสดง Placenta succenturiate

ที่มา: <https://sonoworld.com/fetus/page.aspx?id=181>

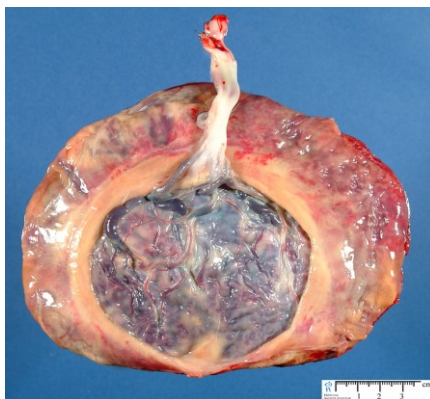
2. Placenta spurium หรือ Placenta Spuria คือ รกที่มีรkn้อย แต่ไม่มีเส้นเลือดไปเลี้ยง



รูปที่ 32 แสดง Placenta spurium

ที่มา: <https://sonoworld.com/fetus/page.aspx?id=181>

3. Placenta circumvallata คือ รกที่มี Chorionic Plate เล็กกว่าปกติ และอยู่ใน Closing Ring of Wrinkle-Waldeyer



รูปที่ 33 แสดง Placenta circumvallata

ที่มา: <https://www.humpath.com/spip.php?article4869>

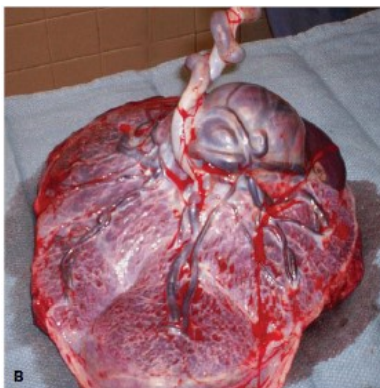
4. Placenta membranacea หรือ Velamentous insertion เกิดจากเส้นเลือดของสายสะดือแตกสาขาออกไปก่อนที่จะเกาะกับรก หรือเส้นเลือดต่างๆมารวมกันเป็นสายสะดือนอกรกที่เยื่อหุ้มทารก พบได้ประมาณร้อยละ 1 พบได้บ่อยในรายที่เป็นรกเกาะต่ำ (placenta previa) และการตั้งครรภ์แฝด การเกาะของสายสะดือเช่นนี้ทำให้เสี่ยงต่อการถูกกดเส้นเลือดได้ง่าย อาจทำให้เกิด fetal hypoperfusion หรือ acidemia ได้



รูปที่ 34 แสดง Placenta membranacea หรือ Velamentous insertion

ที่มา: ปกรณ์ จักชูวัชร และเฟื่องลดา ทองประเสริฐ, 2559.

5. Placenta tumor เป็น tumor ชนิดที่พบได้บ่อยที่เกิดที่รก อุบัติการณ์เกิดประมาณ 1: 8,000-50,000 มักพบเป็นก้อนเดี่ยว แต่ในบางครั้งก็พบว่ามีย่อยหลายก้อนได้ ขนาดก้อนแตกต่างกันออกไปตั้งแต่ไม่กี่มิลลิเมตรจนถึงขนาดใหญ่ ก้อนขนาดใหญ่เห็นได้โดยจะเป็นก้อนโป่งยื่นออกมาบริเวณผิวด้านทารก ส่วนน้อยพบที่รกด้านมารดาหรือบนเยื่อหุ้มทารก (ปกรณ์ จักชูวัชร และเฟื่องลดา ทองประเสริฐ, 2559)



รูปที่ 34 แสดงลักษณะ Placenta tumor

ที่มา: ปกรณ์ จักขุวัชร และเฟื่องลดา ทองประเสริฐ, 2559.

หากตรวจพบความผิดปกติต่างๆของรก ควรเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นต่อทั้งมารดาและทารกในระยะหลังคลอด เช่น หากพบรกน้อย อาจมีเศษเนื้อรกค้างในโพรงมดลูกและเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดจากการหดตัวของมดลูกไม่ดี (Uterine atony) ได้ หากพบ Infarction ในสัดส่วนที่มากกว่า 50% ทารกแรกเกิดอาจมีปัญหาเรื่องการขาดสารอาหาร หรือ IUGR เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และเกิดการหายใจเร็วตามมาได้

การส่งเสริมสัมพันธภาพมารดาและทารกแรกเกิด

การส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกแรกเกิดสามารถทำได้ตั้งแต่หลังคลอดทันที ซึ่งการเริ่มทำ Early bonding เร็วยิ่งเป็นผลดีต่อทั้งมารดาและทารกจากการศึกษาวิจัยพบว่าการทำ Early bonding ส่งผลดีต่อพัฒนาด้านสติปัญญา อารมณ์และการเรียนรู้ของเด็กในระยะ 2 ปีแรก (Winston and Chicot, 2016; Widström, et al., 2019; Safari, et al., 2018)

Bonding หมายถึง ความผูกพันทางอารมณ์หรือสายสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่คงอยู่เป็นเวลานาน เป็นความรู้สึกผูกพันที่แม่มีต่อลูกตั้งแต่วัยอยู่ในครรภ์และรู้สึกมากขึ้นเมื่อคลอดและได้เห็นทารก เป็นลักษณะความสัมพันธ์ทางเดียวที่ฝ่ายทารกยังไม่มีความรู้สึกตอบกลับ เมื่อเวลาผ่านไปทารกจึงเรียนรู้ที่แสดงถึงความรักใคร่ผูกพันออกมา

Attachment หมายถึง สัมพันธภาพหรือการสัมผัส เป็นรูปแบบของการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันทั้งสองฝ่าย ซึ่งมีลักษณะเฉพาะคือ เป็นความผูกพันทางอารมณ์ของเด็กที่มีต่อพ่อ-แม่ หรือผู้เลี้ยงดู เป็นความรู้สึกที่เด็กรับรู้บุคคลนั้นว่าสามารถปกป้องคุ้มครองเขาให้ปลอดภัยได้ เด็กจะต้องการอยู่ใกล้ชิดเพราะทำให้รู้สึกว่ามีคนมั่นคงปลอดภัย (Hammonds, 2012).

การสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกแรกเกิดมีหลายวิธี โดยปกติทารกแรกเกิดจะมีช่วงเวลาที่เป็นระยะการตื่นตัวของประสาทสัมผัสใน 30-45 นาทีแรกหลังคลอด (Sensitive period) การที่ให้มารดากับทารกได้สัมผัสซึ่งกันและกัน และอยู่ใกล้ชิดกันภายใน 45 นาทีแรกหลังคลอด มีความสำคัญมาก เพราะจะเป็นการสร้างควมคุ้นเคยเบื้องต้นที่ นำไปสู่การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างมารดากับทารกในระยะต่อไป วิธีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารกในระยะแรก (Early bonding) มีดังนี้

1. การสัมผัสทางตา (Eye to eye contact) โดยทำในระยะที่ทารกตื่นเงียบ (Quiet alert) คือ ทารกลืมตา นอนนิ่งๆ ไม่ร้อง และระยะตื่นตัว (Alert active) คือ ทารกลืมตาเต็มที่ มีการขยับเคลื่อนไหวร่างกาย แต่ไม่ร้อง ซึ่งระยะนี้ทารกจะลืมตากว้างและมองจ้อง ให้นำทารกมาวางบนหน้าอกของมารดา หรือนอนไว้ใกล้ ใบหน้าของมารดาในระยะไม่เกิน 8 นิ้ว ซึ่งเป็นระยะที่ทารกจะมองเห็นได้ ให้มารดาและทารกได้มองสบตากัน หรืออยู่ใกล้กันอย่างน้อย 30 นาที จะช่วยส่งเสริมให้เกิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดากับทารก และส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน



รูปที่ 35 แสดงลักษณะ Eye to eye contact

ที่มา: <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/news-and-research/baby-friendly-research/>

2. การสัมผัสเนื้อแนบเนื้อ (Skin to skin contact) โดยให้มารดาโอบกอดทารกไว้แนบอกให้ผิวของทารกสัมผัสผิวของมารดา หรือวางทารกบริเวณหน้าท้องของมารดา ในทารกที่มี crawling reflex และรู้ทิศทาง (Sense of direction) จะสามารถคลานจากท้องไปยังเต้านมมารดา และสามารถควานหาหัวนมและดูดนมมารดาได้ (sucking reflex) ควรให้มารดาได้โอบกอดแนบชิดกับทารกทันทีหรือโดยเร็วที่สุดหลังคลอดและไม่เกิน 45 นาทีหลังคลอด เป็นเวลานานอย่างน้อย 30 นาที - 1 ชั่วโมง และทำได้ในทุกช่วงการตื่นตัวของทารก ตั้งแต่ Quiet alert จนถึง Crying ซึ่งการสัมผัสเนื้อแนบเนื้อจะช่วยให้ทารกสงบ ช่วยให้สัญญาณชีพของทารกเป็นปกติ และช่วยให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำเร็จได้มากขึ้น (Moran-Peters, et al., 2014; Turenne, 2016; Widström, et al., 2019; Safari, et al., 2018)



รูปที่ 36 แสดงลักษณะ Skin to skin contact

ที่มา: <https://www.childrens.com/health-wellness/benefits-of-skin-to-skin-contact-with-your-baby>

3. การดูดนมมารดาโดยเร็ว (Early breastfeeding) ควรทำในช่วงที่ทารกมีการตื่นตัว (Alert active) ทำทันทีหลังคลอดหรือภายใน 45 นาที หรือไม่เกิน 1 ชั่วโมงหลังคลอด โดยให้มารดาอุ้มทารกไว้บนหน้าอกให้ใบหน้าของทารกอยู่ใกล้กับเต้านม เพื่อให้ทารกควานหาหัวนมและดูดนมได้ กรณีทารกไม่ควานหาหัวนมมารดา พยาบาลอาจต้องช่วยประคองทารกให้อมหัวนมและดูดนมแม่ ซึ่งการดูดนมในระยะแรกหลังคลอดนี้ช่วยสร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดา-ทารกที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด เนื่องจากการกระตุ้นประสาทสัมผัสทุกส่วนของทารก ได้แก่ การรับสัมผัส การมองเห็น การรับกลิ่น การรับเสียง และการรับรส หากมีการขัดขวางการดูดนมแม่ในระยะแรกหลังคลอดอาจต้องใช้เวลาในการฝึกฝนทารกให้ดูดนมแม่ ถ้าช่วงเวลาที่สำคัญนี้ถูกขัดขวางไม่ว่าจะเกิดจากทารกหรือมารดา เช่น มารดามีพฤติกรรมที่ผิดปกติไป ทารกมีภาวะสุขภาพที่ผิดปกติ จะส่งผลให้เกิดความล้มเหลวในการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารกในภายหลัง และจะเกิดผลเสีย ต่อพัฒนาการทางด้านร่างกายและจิตใจของทารกในระยะยาวต่อไปด้วย (Miranda-Wood, and Morelos, 2010; Turke, et al., 2020; Gianni, et al., 2020)

บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมสัมพันธภาพมารดาทารก

1. ส่งเสริมให้มารดาได้มีโอกาสสัมผัสกับทารกในระยะ sensitive period คือในระยะ 30-45 นาที หลังคลอด โดยการนำทารกมาให้มารดาสำรวจและมีปฏิสัมพันธ์กับทารกเป็นเวลา 20-30 นาที อาจวางทารกข้างๆตัวมารดา กระตุ้นให้มารดาสัมผัสทารก ให้มีการประสานสายตากับทารก มีการพูดคุย โอบกอดเนื้อแนบเนื้อ หรือให้นมมารดาแก่ทารกทันที
2. จัดให้ทารกได้อยู่กับมารดาโดยเร็ว (Rooming-in) เพื่อให้มารดาได้เรียนรู้วิธีจะเลี้ยงดูทารกและเรียนรู้พฤติกรรมของทารก พยาบาลควรช่วยเหลือในการดูแลทารกในระยะแรกบ้าง
3. ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา หรือคำแนะนำแก่มารดาเกี่ยวกับการดูแลบุตร เช่น การอุ้มบุตร การพูดคุย ปลอบประโลมเมื่อบุตรร้อง การให้นมแม่ การทำความสะอาดร่างกายทารกและการแลดูกิจวัตรประจำวันแก่ทารก เพื่อให้มารดาเกิดความรู้สึกมั่นใจในการดูแลทารก หรือส่งเสริมความรู้ของมารดาตามนโยบาย โรงเรียนพ่อแม่หรือนโยบายของแต่ละโรงพยาบาล
4. ตอบสนองความต้องการของมารดาทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะในช่วง 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ซึ่งเป็นระยะที่มารดาอ่อนเพลีย ไม่สบาย มีความเครียด พยาบาลควรช่วยเหลือดูแลมารดาเพื่อให้มารดามีความพร้อมในการดูแลทารกและการสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับทารกในระยะต่อไป
5. กระตุ้นให้มารดามีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุตร ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามนโยบายบันได 10 ขั้นของ WHO และกระทรวงสาธารณสุข
6. ติดตามประเมินพฤติกรรมและสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดากับทารกอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ทันทีหลังคลอด จนกระทั่งออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าสัมพันธ์ภาพระหว่างบิดา-มารดา และทารก จะได้รับการพัฒนาไปในทิศทางที่ดีต่อไป

การวิเคราะห์ปัญหาและกิจกรรมการพยาบาลในระยะที่ 2 และ 3 ของการคลอด

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Pillitteri, 2014: 393-96)

1. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดจากการหดตัวของมดลูกในระยะคลอด
2. มีโอกาสเกิดการคลอดล่าช้า เนื่องจากเบ่งคลอดไม่ถูกวิธีและการเผชิญความปวดในระยะคลอดไม่เหมาะสม
3. มีโอกาสเกิดการคลอดล่าช้า เนื่องจากการพรีดตัวของมดลูกไม่ดี และผู้คลอดอ่อนเพลียจากการเจ็บครรภ์ยาวนาน
4. มีโอกาสเกิดตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากระยะที่สามของการคลอดยาวนาน
5. เสี่ยงต่อภาวะช็อก เนื่องจากสูญเสียเลือดปริมาณมากเนื่องจากจากรกค้าง

กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญในระยะที่ 2 และ 3 ของการคลอด มี ดังนี้

1. วัดสัญญาณชีพ ทุก 5-15 นาที
2. ประเมินการหดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่องและบันทึกทุก 5 นาที
3. ประเมินการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ทุก 15 นาที สำหรับผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่ำ และประเมินทุก 5 นาที ในผู้คลอดที่มีความเสี่ยงสูงและพึง FHS ทุกครั้งหลังการเบ่ง
4. ให้การดูแลสนับสนุนและควบคุมผู้คลอดให้เบ่งคลอดอย่างถูกวิธีโดย เมื่อมดลูกเริ่มหดตัว ให้ผู้คลอดหายใจแบบลึกๆ ซ้ำๆ 2 ครั้ง (หายใจล้างปอด) แล้วสูดหายใจเข้าลึกๆ กลั้นลมไว้เมื่อมดลูกหดตัวเต็มที่ให้เบ่งลงมลงกัน ให้ทำเช่นนี้ 3-4 ครั้งต่อการหดตัวของมดลูก 1 ครั้ง และเมื่อมดลูกคลายตัวให้หายใจลึกๆ ซ้ำๆ
5. ดูแลส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด โดยการจัดท่าให้ศีรษะสูง หรือให้ใช้ท่าโหนบาร์ ในการคลอด ซึ่งจะช่วยลดระยะเวลาในการคลอดได้ด้วย
6. ประเมินกระเพาะปัสสาวะหากพบ bladder full ให้สวนปัสสาวะทิ้ง เพื่อส่งเสริมการหดตัวของมดลูก
7. ดูแลความสบายทั่วไปโดยใช้ผ้าชุบน้ำเย็น เช็ดหน้า ลำคอ แขน และหน้าอก เพื่อให้เกิดความผ่อนคลายมากขึ้น
8. ดูแลช่วยเหลือการคลอดทารกและคลอดรก อย่างถูกต้องตามขั้นตอน เพื่อความปลอดภัยของมารดาและทารกแรกเกิด
9. ดูแลให้ผู้คลอดได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด และติดตามประเมินอาการข้างเคียงจาก และให้การดูแลแก้ไขปัญหาเบื้องต้นได้ทันที่
10. ติดตามอาการแสดงของภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด สังเกตและบันทึกปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด เพื่อเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและให้การช่วยเหลือได้ทันที
11. ดูแลผู้คลอดอย่างใกล้ชิด อยู่เป็นเพื่อนตลอดเวลาและพูดคุยให้กำลังใจผู้คลอด เนื่องจากในระยะนี้ผู้คลอดจะเจ็บปวดและรู้สึกกลัวมาก ดังนั้นพยาบาลจึงต้องแสดงถึงความเข้าใจ เห็นใจและยอมรับในอาการและอาการแสดงที่ผู้คลอดแสดงออก (ศศิธร พุ่มดวง, 2559: 39)

แผนการสอนและเอกสารประกอบการสอน

หน่วยห้องคลอด

การพยาบาลในระยะที่ 4 ของการคลอด

แผนการสอน

หัวข้อ การพยาบาลในระยะที่ 4 ของการคลอด

ผู้สอน อ.ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ

เวลา 3 คาบ วันที่ 1, 5, 7-9, 20-21 เมษายน 2564

วัตถุประสงค์ เพื่อให้นิสิตสามารถ

1. ให้การพยาบาลผู้คลอดในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย
2. ให้การพยาบาลทารกแรกเกิดในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย
3. วิเคราะห์ปัญหาการพยาบาลผู้คลอดในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

เนื้อหา

1. การประเมินและเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บ
2. การพยาบาลมารดาในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด
3. ภาวะตกเลือดหลังคลอด
4. การพยาบาลทารกแรกเกิดระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด
5. ภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิด

การจัดประสบการณ์การเรียนรู้

- | | | |
|--|----|------|
| 1. บอกวัตถุประสงค์และเนื้อหา | 10 | นาที |
| 2. สอนสาธิตและปฏิบัติทักษะการพยาบาล | 80 | นาที |
| - การดูแลมารดาในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด | 30 | นาที |
| - การประเมินและเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บ | 20 | นาที |
| - การพยาบาลทารกแรกเกิด 2 ชั่วโมงหลังคลอด | 30 | นาที |
| 4. ประชุมปรึกษาหารือ | 30 | นาที |
| 5. นิสิตซักถามและสรุปการเรียนรู้ | 10 | นาที |
| 6. นำเสนอกรณีศึกษา | 20 | นาที |

สื่อการสอน

1. เอกสารประกอบการสอน
2. กรณีศึกษาผู้คลอด, ทารกแรกเกิด
3. เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ (NIBP), พรอพัทซ์
4. Radian warmer และเครื่องวัดค่าออกซิเจนปลายนิ้ว (Pulse oximeter)
5. Power point นำเสนอกรณีศึกษา

การประเมินผล

- แบบประเมิน พยบ. 203 ทักษะปฏิบัติทางการพยาบาล
- แบบประเมิน พยบ. 204 รายงานกรณีศึกษาผู้คลอด
- แบบประเมิน พยบ. 234 ทักษะการสื่อสารการนำเสนอกรณีศึกษา
- แบบประเมิน พสศ342-06 ทักษะการพยาบาลทารกแรกเกิด
- แบบประเมิน พสศ342-07 ทักษะการพยาบาลมารดาระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด
- สังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลขณะดูแลผู้คลอด
- สังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมการแสดงความคิดเห็นและวิเคราะห์กรณีศึกษา

หนังสืออ้างอิง

เฟื่องลดา ทองประเสริฐ. (2554). การดูแลสตรีระยะหลังคลอด (puerperium care). [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก:

https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/index.php?option=com_content&view=article&id=473:postpartum-care&catid=38&Itemid=480 สืบค้นเมื่อ 22 มกราคม 2561

ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ, (2560). การตกเลือดหลังคลอด: บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกัน.

วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 6(2): 146-157.

สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล. (2557). การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด:

บทบาทผดุงครรภ์. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 37(2): 155-162.

Alfarwati, T. W., Alamri, A. A., Alshahrani, M. A., & Al-Wassia, H. (2019). Incidence, risk factors and outcome of respiratory distress syndrome in term infants at academic Centre, Jeddah, Saudi Arabia. Medical Archives, 73(3), 183.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2012). Placenta accreta. Committee of Obstetric Practice. [online] available at: <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Placenta-Accreta>. November 22, 2015.

Briley, A., Seed, P.T., Tydeman, G., Ballard, H., Waterstone, M., Sandall, J., Poston, L., Tribe, R.M., Bewley S. (2014). Reporting errors, incidence and risk factors for Postpartum haemorrhage (PPH) and progression to severe PPH: a prospective observational study. BJOG, 121: 876–888.

- Cunningham, F.G., Levono, K.J., Bloom, S.L., Spong, C.Y., Dashe, J.S., Hoffman, B.L., Casey, B.M., Sheffield, J.S. (2018). Williams Obstetrics, 25th Ed. Copyright @ McGraw-Hill Education. All rights reversed.
- Kim, H. J., An, J. W., Lee, Y., & Shin, Y. S. (2020). The effects of cryotherapy on perineal pain after childbirth: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 89, 102788.
- Kommawar, A., Borkar, R., Vagha, J., Lakhkar, B., Meshram, R., & Taksandae, A. (2017). Study of respiratory distress in newborn. *International Journal of Contemporary Pediatrics*, 4(2), 490-94.
- Lim, P.S. (2012). Uterine Atony: Management Strategies. [online] retrieved from: www.intechopen.com, November 15, 2015.
- Malakian, A., Bashirnezhadkhabaz, S., Aramesh, M. R., & Dehdashtian, M. (2020). Noninvasive high-frequency oscillatory ventilation versus nasal continuous positive airway pressure in preterm infants with respiratory distress syndrome: a randomized controlled trial. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 33(15), 2601-2607.
- Mattson, S., and Smith, J.E. (2011). Postpartum complication. In *Core Curriculum for Maternal-Newborn Nursing*. 4th ed, United States of America : Saunders Elsevier.
- Masood, M. (2020). Neonatal Respiratory Distress. Power point presentation. Neonate department and genetic clinic. Benghazi children hospital.
- Michelet, D., Ricbourg, A., Rossignol, M., Schurando, P., and Barranger, E. (2015). Emergency hysterectomy for life-threatening postpartum hemorrhage: Risk factors and psychological impact. *Gynecologic Obstetric & Fertilities*, 43, 773-779.
- Naoko M, Yaeko K, Hiromi E, Shigeko H. (2013). Literature review of risk factors and preventive interventions for postpartum hemorrhage. *Journal of Japan Academy Of Midwifery*. 27(1): 4-15. [Online] retrieved from: CINAHL Plus with Full Text.
- Peake, R. W., & Kozakewich, H. P. (2017). A term newborn with respiratory distress, acidosis, and hypoglycemia. *Clinical chemistry*, 63(2), 613-615.
- Pillitteri, A. (2014). Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family. 7th Ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

- Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guidelines Program. (2012). Primary postpartum hemorrhage. Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guideline. [Online] retrieved from: www.health.qld.gov.au/qcg June 26, 2016.
- Raha, B. K., Alam, M. J., & Bhuiyan, M. A. Q. (2021). Spectrum of Respiratory Distress in Newborn: A Study From a Tertiary Care Military Hospital. *Journal of Bangladesh College of Physicians and Surgeons*, 39(1), 4-8.
- Ricci, S.S., Kyle, T., and Carman, S. (2013). *Maternity and pediatric nursing*. 2nd Ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Senol, D. K., & Aslan, E. (2017). The effects of cold application to the perineum on pain relief after vaginal birth. *Asian nursing research*, 11(4), 276-282.
- Su, C.W. (2012). Postpartum Hemorrhage. [Online] retrieve from: primarycare.theclinics.com, November 20, 2015.
- Tort, J., Rozenberg, P., Traoré, M., Fournier, P., and Dumont, A. (2015). Factors associated with postpartum hemorrhage maternal death in referral hospitals in Senegal and Mali: a World Health Organization. (2012). WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum hemorrhage. World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (2018). WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience Transforming care of women and babies for improved health and well-being.cross-sectional epidemiological survey, *BMC Pregnancy Childbirth*, 15(235), 1-9.
- Zhang, Y., Huang, L., Ding, Y., Shi, Y., Chen, J., & McArthur, A. (2017). Management of perineal pain among postpartum women in an obstetric and gynecological hospital in China: a best practice implementation project. *JBIC Evidence Synthesis*, 15(1), 165-177.

เอกสารประกอบการสอน

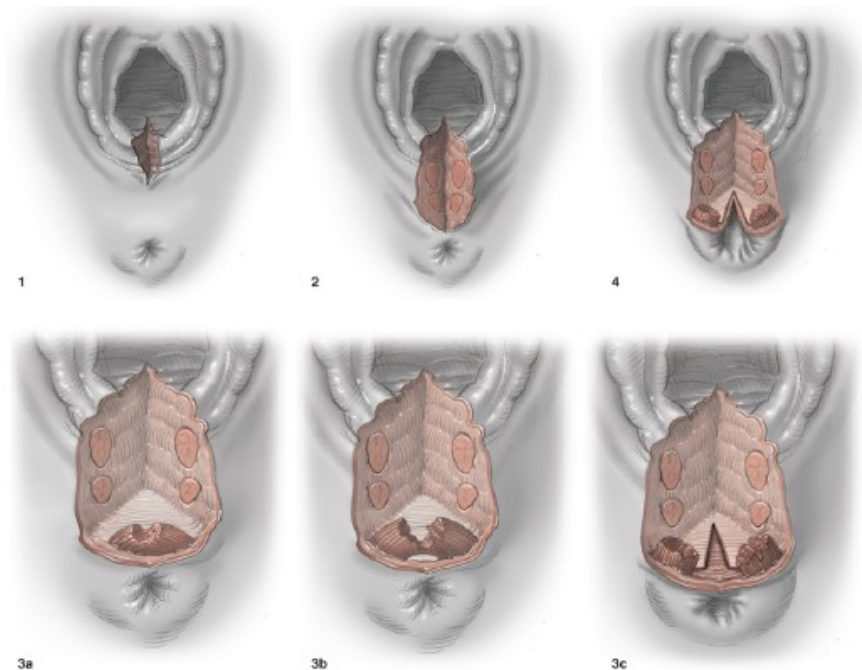
การพยาบาลในระยะที่ 4 ของการคลอด

ระยะที่ 4 ของการคลอด หมายถึง ระยะเวลานับจากรกคลอดออกมาครบสมบูรณ์ จนถึง 2 ชั่วโมง หลังคลอด เป็นช่วงเวลาที่พยาบาลผู้ทำคลอดจะทำการตรวจสอบการสูญเสียเลือด ช่องทางคลอด การฉีกขาด ของช่องทางคลอด ทำการเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บและช่องทางคลอด พร้อมทั้งดูแลสังเกตการเปลี่ยนแปลง อาการและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนต่างๆหลังคลอด เช่น การตกเลือดหลังคลอด การเกิดเลือดคั่งที่แผล ฝีเย็บ เป็นต้น รวมทั้งให้การพยาบาลทารกแรกเกิดจนครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอด

การประเมินและเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บ

ภายหลังรกคลอดเรียบร้อยแล้ว ผู้ทำคลอดต้องทำการตรวจเช็คแผลฝีเย็บอีกครั้ง เพื่อดูว่ามีการฉีกขาดเพิ่มมากขึ้นจากที่ตัดหรือไม่ หรือมีการขาดของหลอดเลือดที่มาเลี้ยงบริเวณแผลฝีเย็บหรือไม่ เพื่อติดตามเฝ้าระวังสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก (Early postpartum hemorrhage) โดยใช้สำลิจับ Sterile water เช็ดทำความสะอาดรอบๆแผลและในช่องคลอด หลังจากนั้นจึงทำการเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บให้เรียบร้อย

ระดับการฉีกขาดของแผลฝีเย็บมี 4 ระดับ ดังแสดงในรูปที่ 1



1= ถึงชั้นผิวหนัง, 2=ถึงชั้นกล้ามเนื้อฝีเย็บ, 3a= ถึงหูรูดทวารหนัก, 3b=ถึงกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักแต่ยังไม่ขาด, 3c=ถึงกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักและขาดจากกัน, 4= ถึงกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักและผนังลำไส้ตรงขาด

รูปที่ 1 แสดงระดับการฉีกขาดของฝีเย็บ

ที่มา: Cunningham, et al., 2018: 781

วัตถุประสงค์ของการเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บ

1. เพื่อเป็นการหยุดเลือดที่ออกจากแผลและป้องกันการตกเลือดที่มีสาเหตุจากแผลฝีเย็บ
2. เพื่อให้แผลติดเร็วขึ้น
3. เพื่อให้พื้นเชิงกรานกลับสู่สภาพเดิม ซึ่งการเย็บซ่อมแซมฝีเย็บต้องเย็บแผลทั้ง 3 ชั้น ได้แก่

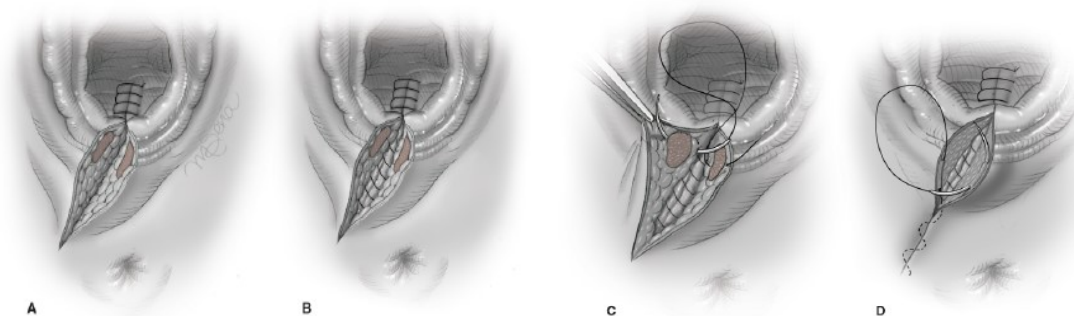
3.1 เย็บผนังช่องคลอด ซึ่งประกอบด้วย Deep and superficial tissues และ Vagina mucosa

3.2 หลังจากเย็บเย็บช่องคลอดแล้ว ขอบ Hymen ทั้งสองจะมาชนกันพอดี ต่อไปจึงเย็บชั้นกล้ามเนื้อของปากช่องคลอดและฝีเย็บ และเย็บชั้น Superficial fascia

3.3 เย็บชั้นของผิวหนังของฝีเย็บ วิธีเย็บอาจเย็บแบบ Subcuticular suture หรือเย็บแบบ Simple interrupted suture

การฉีกขาดของฝีเย็บมีอยู่ 4 ระดับ โดยปกติถ้าพยาบาลผู้ทำคลอดตัดฝีเย็บการฉีกขาดจะจัดอยู่ในระดับที่ 2 (second degree tear) ซึ่งเป็นภาวะปกติ และพยาบาลสามารถเย็บซ่อมแซมเองได้ แต่ถ้ามีการฉีกขาดเพิ่มขึ้นเป็นระดับ 3-4 ต้องรายงานแพทย์และให้แพทย์เป็นผู้เย็บซ่อมแซม ขั้นตอนและวิธีการเย็บซ่อมแซมฝีเย็บ ตามแนวปฏิบัติของห้องคลอด รพ.ชลประทาน มีดังนี้

- 1) เมื่อประเมินแผลฝีเย็บแล้วให้เปลี่ยนถุงมือ sterile คู่ใหม่
- 2) ใช้สาลีชุบน้ำยา savelon 1:100 ในชามใบใหญ่ เช็ดทำความสะอาดบริเวณรอบๆแผล
- 3) ปูผ้ารองกัน (ผ้าหนา) ผืนใหม่ทับบนผืนเดิมและปูผ้าบางผืนใหม่ทับปกคลุมทางด้านใกล้ตัว ด้านไกลตัวและปูผ้าหน้าท้อง เพื่อให้บริเวณที่จะเย็บแผ่เป็นพื้นที่ sterile
- 4) ฉีดยาชา 1-2% Xylocian 10 ml ที่รอบๆแผลฝีเย็บ ในขณะที่รอยาชาออกฤทธิ์เตรียมเข็มและไหมเย็บแผลโดยใช้ Holder จับเข็มเย็บแผลในตำแหน่งด้ามเข็มที่ตำแหน่ง 1/3 ของเข็ม ใส่ Tamporn ในช่องคลอดเพื่อซับเลือดที่ไหลออกมาทางช่องคลอด เพื่อให้มองเห็นแผลได้ชัดเจนและเย็บแผลได้ง่ายขึ้น ก่อนการเย็บแผลทดสอบว่ามารดารู้สึกชาที่บริเวณแผลโดยใช้ปลายเข็มจิ้มใกล้ๆแผลและสอบถามมารดา ถ้าชาแล้วจึงเริ่มเย็บแผล
- 5) วิธีการเย็บแผลในช่องคลอดครั้งแรกที่ปักเข็มให้ปักสูงเหนือจันแผลประมาณ 1 ซม. แล้วทำการผูกปมใหม่ให้แน่น เย็บเข็มต่อไปด้วยเทคนิคการเย็บแบบ single, continuous, locking suture (A) จนสิ้นสุดความยาวของแผลในช่องคลอด ขณะเย็บให้ตรวจเช็คบ่อยๆว่าแผลตรงกัน เมื่อเย็บแผลพ้นบริเวณช่องคลอดแล้วขอบ Hymen ทั้งสองข้างจะบรรจบกันพอดีตรงตำแหน่งนี้ให้ผูกปมใหม่แล้วจึงเย็บกล้ามเนื้อฝีเย็บชั้นลึกและตามด้วยไขมันตรงกลาง ด้วยเทคนิค single, continuous, nonlocking suture (B,C) ส่วนชั้นสุดท้ายเป็นชั้นผิวหนังให้ใช้เทคนิคการเย็บแบบ subcuticular stitch (D) โดยเย็บแบบซ่อนไหมในชั้นใต้ผิวหนัง (Cunningham, et al., 2018: 784-85) ดังแสดงในรูปที่ 2



รูปที่ 2 แสดงวิธีการแย็บแผลฝีเย็บ

ที่มา: Cunningham, et al., 2018: 784-85

6) เมื่อแย็บแผลเรียบร้อยแล้วให้นำ Tampon ที่ใส่ไว้ในช่องคลอดออก เช็ดทำความสะอาดแผลด้วย sterile water หรือน้ำยา savelon 1:100 อีกครั้ง

7) ตรวจสอบแผลและไหมที่เย็บ โดยให้มารดาหลังคลอดเบ่งลงกันแล้วใช้นิ้วชี้สอดเข้าไปในทวารหนัก คลำดูว่ามีเส้นไหมทะลุถึงทวารหนักหรือไม่ หากพบว่าไหมทะลุผ่านถึงทวารหนัก ให้ทำการเลาะไหมที่เย็บออก ทั้งหมดแล้วเย็บแผลใหม่ เนื่องจากถ้าหากพยาบาลไม่ตรวจสอบแผลหลังการเย็บอีกครั้งถ้ามีการทะลุถึงทวารหนัก จะทำให้เกิดการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ และในช่องคลอดได้

8) เมื่อตรวจสอบแผลแล้วจึงใส่ผ้าอนามัยเพื่อซับเลือดในระยะ 2 ชม. ที่ติดตามอาการในห้องคลอด ให้แก่มารดา

การพยาบาลมารดาในระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด

ในระยะนี้ การหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกอาจไม่ดี เนื่องจากเกิดการล้าในระยะคลอด จึงมีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดสูงมาก ดังนั้นจึงต้องติดตามการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพและอาการแสดง ต่างๆอย่างใกล้ชิด (Pillitteri, 2014: 394-95; Ricci, et al., 2013) ดังนี้

1. ติดตามวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรก และประเมินทุก 30 นาที ในชั่วโมงที่ 2 หลังจากนั้นในระยะ 24 ชั่วโมงแรก หากมารดามีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ให้ติดตามวัดสัญญาณชีพ ทุก 1 -2 ชม. เมื่ออาการคงที่ จึงประเมินทุก 4 ชั่วโมงตามปกติ

2. ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 15 นาที ในรายที่การแข็งตัวของมดลูกไม่ดี ดูแลให้ได้รับยา กระตุ้นการหดตัวของมดลูก Oxytocin ในสารน้ำตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด และไม่จำเป็นต้องคลึง มดลูกบ่อยๆ หรือคลึงอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากจะเป็นการกระตุ้นกล้ามเนื้อมดลูกมากเกินไปทำให้กล้ามเนื้อมดลูก อ่อนล้าได้ (WHO, 2018:7)

3. ดูแลความสุขสบายทั่วไป ได้แก่ เช็ดตัวและเปลี่ยนเสื้อผ้าชุดใหม่ ดูแลให้พักผ่อน ดูแลให้ได้รับ ประทานอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ กรณีที่มารดาไม่มีภาวะแทรกซ้อนสามารถรับประทานอาหารได้ทันทีหลัง คลอด (เฟื่องลดา ทองประเสริฐ, 2554). ซึ่งการเริ่มรับประทานอาหารหลังคลอดโดยเร็วจะช่วยให้การทำงานของ

ลำไส้เป็นปกติเร็วขึ้น และเพิ่มพลังงานให้กับมารดา ลดอาการอ่อนเพลียและเหนื่อยลำไส้ได้ แต่ในทางปฏิบัติก็ยังขึ้นอยู่กับนโยบายของแต่ละโรงพยาบาลว่าจะให้เริ่มรับประทานอาหารได้หลังคลอด 1 หรือ 2 ชั่วโมง อาหารที่ควรให้มารดาหลังคลอดควรเป็นอาหารอ่อนหรืออาหารเหลวที่ให้พลังงานสูง เช่น ข้าวต้ม โจ๊ก น้ำหวาน หรือ โอวัลติน เป็นต้น

4. ดูแลบรรเทาอาการปวดมดลูกและแผลฝีเย็บ หลังคลอดมารดาอาจมีอาการปวดมดลูกมากขึ้นได้ เนื่องจากได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกในสารน้ำทางหลอดเลือดดำร่วมด้วย ประกอบกับเมื่อทารกดูดนม ก็จะกระตุ้นการหดตัวของมดลูก การบรรเทาปวดในระยะแรกหลังคลอดสามารถใช้ความเย็นประคบที่ท้องน้อย และรับประทานยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาได้

ส่วนแผลฝีเย็บปกติในระยะ 1-3 วันแรก จะมีอาการปวดมากได้ เนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บในระยะคลอด อาการปวดจะค่อยๆ ลดลง เมื่อเริ่มมีการหายของแผลอาการปวดก็จะเริ่มลดลงด้วย ในระยะแรกนี้ หากมารดามีอาการปวดมาก สามารถลดปวดโดยการประคบเย็น (ice pack) หรือใช้เจลเย็นประคบที่แผลฝีเย็บได้ (Zhang, et al., 2017; Senol and Aslan, 2017; Kim, et al., 2020)

5. ส่งเสริมสายสัมพันธ์มารดาและทารก โดยให้ทารกได้อยู่ใกล้ชิดและดูดนมแม่โดยเร็วภายใน 45 นาที – 1 ชั่วโมงหลังคลอด (รายละเอียดดังในเอกสารหัวข้อการพยาบาลในระยะที่ 2 และ 3 ของการคลอด)

6. ติดตามประเมินเลือดที่ออกทางช่องคลอด ทุก 15-30 นาที เพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลง ที่แสดงถึงภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ หากมารดาหลังคลอดมีเลือดออกทางช่องคลอดมากกว่า 120 ซีซี ในระยะ 2 ชม. หลังคลอด เป็นอาการแสดงที่บ่งบอกว่ามารดามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดตกเลือดหลังคลอด ต้องรับหาสาเหตุและให้การดูแลแก้ไขโดยทันที

7. ให้ความรู้และข้อมูลที่สำคัญในการดูแลตนเองและทารก ที่ตรงกับความต้องการของมารดาเฉพาะราย โดยคำแนะนำที่สำคัญสำหรับมารดาในระยะแรกหลังคลอด (Ricci, et al., 2013: 483-84) มีดังนี้

7.1 มารดาควรให้ลูกดูดนมบ่อยๆ ทุก 2 ชม. เพื่อช่วยกระตุ้นการสร้างและการไหลของน้ำนมให้มาเร็วขึ้น และน้ำนมในระยะ 7 วันแรกหลังคลอดเป็นน้ำนมเหลืองที่มีสารอาหารและภูมิคุ้มกันโรคสูง ดังนั้นจึงควรให้ทารกได้รับนมในระยะแรกอย่างเต็มที่เพื่อสุขภาพและพัฒนาการที่ดีของทารก

7.2 ควรนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ วันละ 6-8 ชั่วโมง เพื่อให้ร่างกายฟื้นฟูเป็นปกติได้เร็วขึ้น และหายจากอาการอ่อนเพลียหรือเหนื่อยลำไส้จากการคลอด

7.3 หลังจากสารน้ำทางหลอดเลือดดำและยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกหมด มารดาจะถอดสายให้สารน้ำออก และจะไม่มียาช่วยกระตุ้นมดลูก ดังนั้นมารดาควรคลึงมดลูกด้วยตนเอง ดดยคลำที่บริเวณหน้าท้องตรงสะดือ จะพบก้อนมดลูกขนาดเท่ากับกำปั้น หากคลำไม่พบก้อนให้กดลงไปลึกๆ และนวดคลึงให้มดลูกแข็งคือคลึงจนสามารถคลำได้ก้อนแข็งทางหน้าท้อง เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

7.4 ควรสังเกตเลือดที่ออกทางช่องคลอด หากพบว่าเลือดออกเต็มผ้าอนามัย 1 ผืน ภายในเวลา 1 ชั่วโมง ให้รีบแจ้งพยาบาล เนื่องจากเป็นอาการนำของการตกเลือดหลังคลอด

7.5 มารดาควรปัสสาวะเองให้ได้ภายใน 6 ชั่วโมงหลังคลอด ซึ่งการปัสสาวะครั้งจะมีการเจ็บและแสบที่แผลฝีเย็บได้ แล้วอาการจะค่อยๆ ดีขึ้น หลังการขับถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระทุกครั้งควรล้างทำความสะอาดช่องคลอดและแผลฝีเย็บด้วยน้ำสะอาดๆ และล้างออกด้วยน้ำสะอาด เช็ดให้แห้งทุกครั้ง

7.6 ให้เปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 4 ชั่วโมง หรือเมื่อผ้าอนามัยเปียกชุ่มหรือเต็ม โดยให้ล้างทำความสะอาดและเช็ดให้แห้งทุกครั้งก่อนการเปลี่ยนผ้าอนามัย การเช็ดทำความสะอาดแผลฝีเย็บให้เช็ดจากด้านหน้าไปด้านหลัง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

7.6 แนะนำให้มารดาประเมินลักษณะแผลฝีเย็บด้วยตนเองโดยการนั่งยองๆ แล้วใช้กระจกขนาดเล็กส่องที่แผลฝีเย็บ เพื่อดูว่าแผลไม่มีการบวม แผลแยก หรือมีเลือดมีหนอง

7.8 แนะนำให้รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ เน้นอาหารโปรตีนเพื่อช่วยซ่อมแซมให้แผลหายเร็ว และน้ำนมมีคุณภาพดี และเพิ่มวิตามินและเส้นใยช่วยในการขับถ่ายด้วยการรับประทาน ผัก ผลไม้ และดื่มน้ำวันละ 1500-2000 ซีซี เพื่อให้ร่างกายไม่เกิดอาการขาดน้ำ

ควรงดดื่มชา กาแฟ แอลกอฮอล์ เครื่องดื่มสมุนไพร หรือยาขับน้ำคาวปลา เพราะมีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ทำให้เกิดตกเลือดหลังคลอดได้ งดอาหารรสจัด อาหารหมักดอง และอาหารสุกๆดิบๆ เพราะไม่สะอาดอาจทำให้เกิดท้องเสียและทวารกึ่งเสียไปด้วย

7.9 สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบโรงพยาบาล ได้แก่ น้ำคาวปลาเป็นสีแดงคล้ำ หรือเป็นเลือดแดงสดออกมากขึ้น มีกลิ่นเหม็นผิดปกติ มีไข้ ปวดศีรษะรุนแรง ปวดท้องน้อย ปวดหลังร่วมกับปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะออกน้อยสีขุ่น ซึ่งเป็นอาการแสดงของการติดเชื้อ

8. ประเมินมดลูก ปริมาณเลือดที่ออก ลักษณะแผลฝีเย็บ เช็ดทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ และเปลี่ยนผ้าอนามัย วัดสัญญาณชีพพร้อมลงบันทึกให้ครบถ้วนตามแนวทางการประเมินสภาพมารดาและทารกในครรภ์ 4 ของการคลอด ก่อนย้ายมารดาไปหอผู้ป่วยหลังคลอด

ตัวอย่างแบบบันทึกสรุปข้อมูลมารดาและทารกหลังคลอด

รายการประเมิน	2 ชั่วโมงหลังคลอด	แรกรับที่หอผู้ป่วยหลังคลอด
Body condition (BT,P,R,BP)	BT.....°C BP.....mmHg PR.....bpm RR.....bpm O ₂ Sat.....%	BT.....°C BP.....mmHg PR.....bpm RR.....bpm O ₂ Sat.....%
Breast and lactation	หวั่นมปกติ ส้น/บอด/บวม น้ำนมไม่ไหล ไหลซึม ไหลดี ลักษณะน้ำนม ทารกได้รับการ EBF ได้รับ ไม่ได้รับ	หวั่นมปกติ ส้น/บอด/บวม น้ำนมไม่ไหล ไหลซึม ไหลดี ลักษณะน้ำนม ทารกได้รับการ EBF ได้รับ ไม่ได้รับ

รายการประเมิน	2 ชั่วโมงหลังคลอด	แรกรับที่หอผู้ป่วยหลังคลอด
Uterus	ระดับยอดมดลูก..... การหดตัวของมดลูก แข็ง นุ่ม อาการกดเจ็บที่มดลูก มี ไม่มี	ระดับยอดมดลูก..... การหดตัวของมดลูก แข็ง นุ่ม อาการกดเจ็บที่มดลูก มี ไม่มี
Bladder	ปัสสาวะแล้ว.....สีซี สวนก่อนคลอด เวลา..... ปริมาณ.....สีซี ยังไม่ปัสสาวะ	ปัสสาวะแล้ว.....สีซี สวนก่อนคลอด เวลา..... ปริมาณ.....สีซี ยังไม่ปัสสาวะ
Lochia or bleeding	ปริมาณเลือด.....ฟ้านามัย Blood clot.....สีซี Estimate blood loss สีซี	ปริมาณเลือด.....ฟ้านามัย Blood clot.....สีซี Estimate blood loss สีซี
Episiotomy	อาการบวม ไม่บวม บวม.....คะแนน ก้อนเลือด/hematoma มี ไม่มี ปวด.....คะแนน	อาการบวม ไม่บวม บวม.....คะแนน ก้อนเลือด/hematoma มี ไม่มี ปวด.....คะแนน
Emotional	สดชื่น ยิ้มแย้ม สิ้นน้ำเรี่ยเฉย วิตกกังวล ไม่ต้องการบุตร	สดชื่น ยิ้มแย้ม สิ้นน้ำเรี่ยเฉย วิตกกังวล ไม่ต้องการบุตร
Baby	BT.....°C BP.....mmHg PR.....bpm RR.....bpm O ₂ Sat.....% สุขภาพดี ย้ายพร้อมมารดา อาการผิดปกติ ย้าย SN NICU	BT.....°C BP.....mmHg PR.....bpm RR.....bpm O ₂ Sat.....% สุขภาพดี ย้ายพร้อมมารดา อาการผิดปกติ ย้าย SN NICU
สิ่งที่ติดตามเฝ้าระวัง ต่อเนื่อง	เสี่ยงต่อภาวะตกเลือด ความดันโลหิตสูง/ชัก ปวดแผลและมดลูก อื่นๆ.....	เสี่ยงต่อภาวะตกเลือด ความดันโลหิตสูง/ชัก ปวดแผลและมดลูก อื่นๆ.....
ลงชื่อผู้บันทึก		

ภาวะตกเลือดหลังคลอด

การตกเลือดหลังคลอด เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุการตายของมารดามากที่สุดทั่วโลก ซึ่งสาเหตุหลักของการตกเลือดที่พบมากที่สุดคือ การหดตัวของมดลูกไม่ดี รองลงมาคือ มีการฉีกขาดของช่องคลอดและมีเศษรก เยื่อหุ้มรก หรือรกค้าง ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงหลายประการที่ส่งเสริมให้เกิดการตกเลือดหลังคลอด พยาบาลที่ดูแลมารดาในระยะหลังคลอดจำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมินปัจจัยเสี่ยง

ต่อการตกเลือดหลังคลอด และมีทักษะทางการแพทย์ในการดูแลมารดาหลังคลอด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะตกเลือดในระยะหลังคลอด (ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ, 2560)

ความหมายและความสำคัญของภาวะตกเลือดหลังคลอด

ภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึง การเสียเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 500 มิลลิลิตร จากกระบวนการคลอดปกติและมากกว่าหรือเท่ากับ 1,000 มิลลิลิตร จากการผ่าตัดคลอด รวมถึงการวินิจฉัยจากความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงที่ลดลงมากกว่าร้อยละ 10 จากก่อนคลอดและจากอาการแสดงถึงการช็อกจากการเสียเลือด (WHO, 2012; Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guideline, 2012) เมื่อเกิดภาวะตกเลือดทำให้เกิดการสูญเสียเลือดปริมาณมาก ส่งผลให้เซลล์ต่างๆ ในร่างกายขาดออกซิเจนและเสียสมดุล โดยเฉพาะสมองส่วนไฮโปทาลามัสและต่อมใต้สมองที่ส่งผลต่อฮอร์โมนสำคัญในระยะหลังคลอด ถ้าได้รับการรักษาที่ล่าช้าจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ sheehan's syndrome โลหิตจางรุนแรง ช็อก ทุพพลภาพ และเสียชีวิตได้

ชนิดและความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด

การตกเลือดหลังคลอด แบ่งตามระยะเวลาของการตกเลือดได้ 2 ชนิด ได้แก่ การตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก และการตกเลือดหลังคลอดในระยะหลัง (Murray and McKinney, 2014)

1. การตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก (Primary or Early Postpartum Hemorrhage) หมายถึง การตกเลือดที่เกิดขึ้นตั้งแต่หลังคลอดทันทีจนถึง 24 ชั่วโมงหลังคลอด
2. การตกเลือดหลังคลอดในระยะหลัง (Secondary or Late Postpartum Hemorrhage) หมายถึง การตกเลือดที่เกิดขึ้นในระยะ 24 ชั่วโมงจนถึง 12 สัปดาห์หลังคลอด

ระดับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด โดยทั่วไปจะใช้ปริมาณของการสูญเสียเลือดหลังคลอดเป็นเกณฑ์ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับเล็กน้อย (Mild PPH) คือ สูญเสียเลือดตั้งแต่ 500 มิลลิลิตรขึ้นไป ระดับรุนแรง (Severe PPH) คือ สูญเสียเลือดตั้งแต่ 1,000 มิลลิลิตรขึ้นไป และระดับรุนแรงมาก (Very severe or major PPH) คือ สูญเสียเลือดตั้งแต่ 2,500 มิลลิลิตรขึ้นไป (Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guidelines Program, 2012)

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอด

สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดที่สำคัญและพบได้บ่อยมี 4 สาเหตุหลัก (4T) ได้แก่

- 1) Tone คือ มดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine atony)
 - 2) Trauma คือ การฉีกขาดของช่องทางคลอด (Laceration of the Genital Tract)
 - 3) Tissue คือ การมีเศษรก/เนื้อเยื่อหรือรกค้าง
 - 4) Thrombin คือ ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด (Su, 2012; Murray and McKinney, 2014) ซึ่งสาเหตุเหล่านี้มีปัจจัยเสี่ยงทั้งที่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ และไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ ดังนี้
1. **Tone** คือ สาเหตุเกี่ยวกับความผิดปกติของการหดตัวของมดลูก ซึ่งพบได้มากที่สุด (Su, 2012; Lim, 2012) เกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine atony) โดยปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มดลูกหดตัวไม่ดี ได้แก่

กล้ามเนื้อมดลูกยืดขยายมากเกินไป (Overdistention of uterus) การตั้งครรภ์แฝด (Twins) การตั้งครรภ์แฝดน้ำ (Polyhydramnios) ทารกตัวโต (Fetal macrosomia) การตั้งครรภ์และการคลอดตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป (Multiparity) การได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเป็นเวลานาน (Prolonged oxytocin use) การคลอดล่าช้า (Prolonged of labor) และการใช้ยาเทอโรบูทาไลน์ในช่วงเจ็บครรภ์คลอด มารดาที่ผ่านการคลอดทางช่องคลอดมากกว่า 1 ครั้ง มีโอกาสเกิดตกเลือดหลังคลอด 1.65-3.03 เท่า (Michelet et al., 2015) มารดาที่มีการคลอดระยะที่ 2 ยาวนานกว่าปกติ มีโอกาสเกิดตกเลือดหลังคลอด 4.67 เท่า และมารดาที่มีการใช้ยาเทอโรบูทาไลน์ในช่วงเจ็บครรภ์คลอด มีโอกาสเกิดตกเลือดหลังคลอด 4.11 เท่า (Sataporntheera et al., 2012) มารดาที่ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก (oxytocin) ในระยะรอคลอดนานเกิน 8 ชั่วโมง มีโอกาสเกิดตกเลือดหลังคลอดมากขึ้น (Naoko et al., 2013)

2. Trauma คือ สาเหตุเกี่ยวกับการฉีกขาดของช่องทางคลอด เช่น การฉีกขาดของปากมดลูก (Tear cervix) ช่องคลอด (Tear vaginal) แผลฝีเย็บ (Tear perineal) รวมถึงการมีเลือดออกใต้ชั้นกล้ามเนื้อบริเวณช่องทางคลอด (Hematoma) เป็นต้น (Mattson and Smith, 2011; Su, 2012; Murray and McKinney, 2014) เป็นสาเหตุอันดับสองของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการฉีกขาดของช่องทางคลอดแล้วตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ ทารกตัวโต (Fetal macrosomia) ทารกมีส่วนนำที่ไม่ใช่ศีรษะ (Fetal malpresentation) การใช้สูติศาสตร์หัตถการช่วยคลอด (forceps or vacuum) การตัดแผลฝีเย็บ (Episiotomy, especially mediolateral) การคลอดเฉียบพลัน (Rapid or Precipitate of labor) และการคลอดติดไหล่ (Shoulder dystocia) มารดาที่คลอดทารกน้ำหนักตัวมากกว่า 4,000 กรัม มีโอกาสเกิดตกเลือดหลังคลอด 2.54 เท่า มารดาที่ได้รับการช่วยคลอดหรือใช้สูติศาสตร์หัตถการ เช่น ใช้คีมหรือเครื่องดูดสุญญากาศในการช่วยคลอด มีโอกาสเกิดตกเลือดหลังคลอด 2.63-2.93 เท่า (Tort et al., 2015; Briley et al., 2014)

3. Tissue คือ สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับรก เยื่อหุ้มรกหรือชิ้นส่วนของรกตกค้างภายในโพรงมดลูก (Retained products of conception) ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดรกติดหรือรกค้าง ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด (Mid trimester delivery) การติดเชื้อของรกและน้ำคร่ำ (Chorioamnionitis and accessory placental lobes) การเคยผ่าตัดเนื้องอกมดลูกมาก่อน การเคยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และมารดาอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปีขึ้นไป นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะรกฝังแน่นเป็นสาเหตุให้เกิดรกค้างและตกเลือดหลังคลอดจนต้องตัดมดลูกหลังคลอดสูงถึงร้อยละ 38 (ACOG, 2012)

4. Thrombin คือ สาเหตุเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (Defects in coagulation) พบได้ประมาณร้อยละ 1 เกิดจากการมีเกล็ดเลือดต่ำทำให้การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ โดยมีปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ได้แก่ การมีเลือดออกในขณะตั้งครรภ์หรือมีประวัติตกเลือดหลังคลอด (Massive antepartum hemorrhage or PPH) การติดเชื้อ (Sepsis) ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Severe preeclampsia) ทารกตายในครรภ์ (Retained intrauterine fetal demise) รกลอกตัวก่อนกำหนด (Placental abruption) (Su, 2012) ได้รับยาเสตีรอยด์เพื่อรักษาทารกในขณะตั้งครรภ์ มีโรคเลือดก่อนการตั้งครรภ์ เช่น hemophilia, thalassemia (สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, 2557) โดยพบว่ามารดาที่มีภาวะซีดรุนแรง

ตั้งแต่ก่อนการตั้งครรภ์และไม่ได้รับการแก้ไข มีโอกาสเกิดตกเลือดหลังคลอด 6.65 เท่า (Tort, et al., 2015) มารดาที่ได้รับยาเสติยรอยด์เพื่อรักษาทารกในขณะตั้งครรภ์ มีโอกาสตกเลือดหลังคลอด 2 เท่า (Briley, et al., 2014)

บทบาทพยาบาลในการป้องกันตกเลือดในระยะหลังคลอด

บทบาทสำคัญคือการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือด พยาบาลควรประเมินตั้งแต่ระยะแรกรับจนถึงระยะหลังคลอด ซึ่งปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดมีหลายประการ ได้แก่ เคยผ่าตัดมดลูกหรือผ่าตัดคลอด ตั้งครรภ์หลายครั้ง (Multiple gestation) เคยคลอดทางช่องคลอดมากกว่า 4 ครั้ง เคยมีประวัติเลือดออกทางช่องคลอดมาก่อน มีก้อนเนื้อออกมดลูกขนาดใหญ่ ทารกน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม อ้วนมาก (BMI >40) มีภาวะซีด (Hematocrit <30%) รกเกาะต่ำ (Placenta previa) รกฝังแน่น (Accreta/percreta) เกร็ดเลือดต่ำกว่า 70,000 มีเลือดออกทางช่องคลอดปริมาณมาก (Active bleeding) มีการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ติดเชื้อในถุงน้ำคร่ำ (Chorionitis) ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกนานเกิน 24 ชั่วโมง ระยะที่ 2 ของการคลอดยาวนาน (Prolonged 2nd stage) ได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต (Magnesium sulfate) (ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ, 2560)

การพยาบาลในการป้องกันตกเลือดหลังคลอด

การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด มีหลักการสำคัญคือให้การดูแลตามระดับความเสี่ยงต่อการตกเลือด ซึ่งได้จากการประเมินของพยาบาลผู้ดูแล และกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญมีดังนี้

- 1) บันทึกสัญญาณชีพ
- 2) ประเมินการหดตัวของมดลูกและระดับยอดมดลูก
- 3) สังเกตเลือดที่ออกทางช่องคลอดหรือแผลฝีเย็บจากผ้าอนามัย หากพบว่ามีเลือดออกทางช่องคลอดอย่างต่อเนื่อง (active bleeding per vagina) ให้เฝ้าระวังอาการแสดงของภาวะช็อกจากการเสียเลือด (hypovolemic shock) เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อแตก มือ-เท้าเย็น หากพบความผิดปกติดังกล่าวให้รายงานแพทย์และตามทีมในการช่วยเหลือแก้ปัญหาทันที หากพบว่ามีอาการแสดงของ hypovolemic shock ให้จัดท่านอนราบศีรษะต่ำ และให้ออกซิเจน Mask with bag 8-10 ลิตร/นาที เพื่อช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดและเพิ่มออกซิเจนไปเลี้ยงสมอง
- 4) ให้สารน้ำที่มียากระตุ้นการหดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา
- 5) ประเมินกระเพาะปัสสาวะและกระตุ้นมารดาให้ปัสสาวะเองทุก 4-6 ชั่วโมง
- 6) นำทารกมาเข้าเต้าเพื่อกระตุ้นการดูดนมมารดาโดยเร็ว ในรายที่ไม่มีข้อห้ามในการให้นมแม่เพื่อช่วยกระตุ้นการหดตัวของมดลูก
- 7) ดูแลให้รับประทานอาหาร และพักผ่อนอย่างเพียงพอในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด
- 8) ค้นหาสาเหตุของการตกเลือดว่าเกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี แผลฝีเย็บ หรือสาเหตุอื่นๆ และให้การช่วยเหลือแพทย์ในการแก้ไขสาเหตุต่อไป

การพยาบาลทารกแรกเกิดระยะ 2 ชม. หลังคลอด

กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญในระยะนี้ ประกอบด้วย

1. การประเมินสภาพทารกแรกเกิด โดยใช้ Apgar score ในนาทีที่ 5 และ 10
2. ให้การพยาบาลเพื่อ Identification ทารกแรกเกิด โดยการทวนสอบข้อมูลทารกจากบันทึกประวัติ การคลอดกับพยาบาลหัวหน้าเวร และที่ตัวทารกโดยตรวจสอบชื่อ-สกุล วันเวลาคลอด ที่ป้ายข้อเท้า (สีขา) ซึ่งจะติดอยู่ที่ข้อเท้าด้านซ้าย
3. วัดอุณหภูมิทางทวารหนัก โดยใส่ปรอทลึกประมาณ 2 เซนติเมตร นาน 2-3 นาที
4. วัดสัดส่วนของทารก โดยใช้สายวัด วัดรอบศีรษะ OF รอบอก CC และวัดความยาวของทารก โดยวัดจากยอดศีรษะถึงปลายเท้า
5. ชั่งน้ำหนักทารก โดยชั่งอย่างน้อย 2 ครั้ง ให้อ่านค่าที่เท่ากัน 2 ครั้ง (หน่วยเป็นกรัม)
6. ดูแลป้ายตาด้วย Terramycin ointment โดยดึงหนังตาล่างลงแล้วป้ายจากหัวตาไปหางตา
7. ดูแลความสะอาดร่างกาย โดยเช็ดไขและคราบเลือดด้วยน้ำมันมะกอกด้วยความนุ่มนวล
8. ฉีดวัคซีน HBV 0.5 ml. ที่ต้นขาข้างขวา (กรณีมารดาติดเชื้อ Hepatitis B virus จะฉีด HBIG ที่ขาข้างซ้าย) และฉีด Vit K 1 mg. (0.5 ml) ที่ต้นขาข้างซ้าย
9. ตรวจสอบข้อมูลที่ป้ายข้อเท้า เวชระเบียนของทารก โดยอ่านรายละเอียดในป้ายและให้มารดาดูป้ายข้อมือก่อนการผูกให้ทารก ป้ายข้อมือ (ผู้หญิงสีชมพู, ผู้ชายสีฟ้า) ให้ผูกที่ข้อมอด้านซ้าย
10. ส่งเสริมสัมพันธภาพมารดาและทารกหลังคลอด ให้ทารกและมารดาอยู่ในห้องเดียวกันตลอดเวลา (Rooming in) และนำทารกมาดูดนมมารดา (early breastfeeding) กรณีไม่มีข้อห้าม เช่น ทารกตัวเย็น หายใจเร็ว เป็นต้น
11. ดูแลให้ความอบอุ่นแก่ทารก เพื่อป้องกันการเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำ โดยรีบห่อตัวทารกและวางทารกไว้ใต้ Radiant warmer
12. จัดท่านอนราบและตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง หรือในรายที่ดูดนมมารดาแล้วจัดให้นอนศีรษะสูงเล็กน้อย โดยการปรับที่เตียง Radiant warmer
13. สังเกตอาการทารกอย่างใกล้ชิด และวัดสัญญาณชีพโดยวัดอุณหภูมิและ O_2sat เมื่อแรกคลอด และก่อนการย้ายไปหอผู้ป่วยหลังคลอด ส่วนอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และสีผิว ประเมินและบันทึกทุก 15 นาที จนครบ 2 ชม. หลังคลอด หากมีความผิดปกติให้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาล ได้แก่ หากทารกหายใจเร็ว ≥ 60 ครั้ง/นาที ให้รายงานกุมารแพทย์ เพื่อเจาะ Hct, DTX, On O_2sat monitor, On O_2 box 5 lpm.

ภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิด (Tachypnea)

ในระยะ 2-4 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เป็นช่วงที่ทารกแรกเกิดมีการปรับตัวหลังคลอด เพื่อให้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่แปลกใหม่ได้อย่างปลอดภัย การหายใจเป็นกระบวนการสำคัญต่อการมีชีวิตของทารก และมีการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดเจนที่สุด ดังนั้นปัญหาที่พบได้บ่อยในทารกแรกเกิดทั้งที่คลอดเองทางช่องคลอดและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จึงมักจะเป็นภาวะหายใจลำบาก ซึ่งมีสาเหตุมาจากหลายประการ เช่น ทารกมีภาวะอุณหภูมิกายต่ำ น้ำตาลในเลือดต่ำ มีพยาธิสภาพที่ปอด (TTNB) สำลักขี้เทาในน้ำคร่ำ (Meconium aspiration) เป็นต้น (Ricci, et al., 2013: 837; Masood, 2020)

ลักษณะอาการและอาการแสดงของภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิด ได้แก่ อัตราการหายใจ ≥ 60 ครั้ง/นาที หายใจมีลักษณะหน้าอกบุ๋ม (retractions) ร้องไม่เต็มเสียงหรือร้องครางขณะหายใจออก (grunting) หายใจปึกจมูกบาน (Nasal flaring) มีภาวะเขียว (cyanosis) ออกซิเจนปลายนิ้ว $< 90\%$ (desaturation) (Masood, 2020; Peake, 2017).

ระดับความรุนแรงของการหายใจลำบาก สามารถพิจารณาจากลักษณะการหายใจร่วมกับอัตราการหายใจและค่า Oxygenation และให้คะแนน ดังนี้

คะแนนความรุนแรงของการหายใจลำบาก (Downes' score) (Masood, 2020)

คะแนน	อาการแสดงที่ประเมิน				
	อัตราการหายใจ	ภาวะเขียว	อากาศที่เข้าปอด	ร้องคราง	หน้าอกบุ๋ม
0	$< 60/\text{min}$	ไม่มี	ปกติ	ไม่มี	ไม่มี
1	$60-80/\text{min}$	มี เมื่อหายใจในอากาศปกติ	น้อย	เบา	เล็กน้อย
2	$> 80/\text{min}$	มี	ผิดปกติ	ดัง	ปานกลาง - รุนแรง

แปลผล 0-3 คะแนน = เล็กน้อย (Mild)

4-6 คะแนน = ปานกลาง (Moderate)

7-10 คะแนน = รุนแรง (Severe)

คะแนนที่ > 6 คะแนน บ่งบอกถึงภาวะการหายใจล้มเหลว (respiratory failure)

สาเหตุที่พบได้มากที่สุดคือ ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด (TTNB) (Malakian, et al., 2020; Raha, et al., 2020) ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิดครบกำหนด จากการศึกษพบว่าทารกคลอดครบกำหนดมีน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ มีคะแนน Apgar score ต่ำในนาทีที่ 1 และ 5 คลอดด้วยวิธีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มีน้ำเดินก่อนการเจ็บครรภ์ (PROM) และเป็นทารกเพศชาย มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหายใจลำบากสูงขึ้น (Alfarwati, et al., 2019; Kommawar, et al., 2017)

การรักษาทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจลำบาก ในกลุ่มทารกที่เสี่ยงคลอดก่อนกำหนดจะให้ป็นยา สเตียรอยด์เพื่อช่วยกระตุ้นการสร้างสาร Surfactant ก่อนที่จะให้คลอด และหากคลอดก่อนกำหนดแล้วพบ ปัญหาหายใจลำบากจากการที่ปอดทำงานไม่สมบูรณ์ เนื่องจากเจริญเติบโตไม่เต็มที่ แพทย์จะพิจารณาให้สาร Surfactant ร่วมกับการรักษาตามอาการ เช่น รักษาอุณหภูมิร่างกายให้ปกติไม่ให้เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ให้ สารอาหารและสารน้ำอย่างเพียงพอ และการใช้ออกซิเจน (Masood, 2020) เป็นต้น ซึ่งปัจจุบันการรักษาทารก แรกเกิดที่หายใจลำบากจะแนะนำให้ใช้ออกซิเจนอัตราการไหลสูง (high flow oxygen) เป็นอันดับแรก รองลงมาจึงใช้เป็นออกซิเจนอัตราการไหลต่ำชนิด Nasal CPAP และในกลุ่มที่อาการรุนแรงจะใช้เครื่องช่วย หายใจ

ลักษณะอาการและการแสดงของการหายใจลำบากในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด จะสามารถ สังเกตเห็นลักษณะของ Retraction ซึ่งมักจะเริ่มจากหายใจแล้วมีหน้าอกบุ๋มเล็กน้อยและค่อยๆรุนแรงขึ้น ลักษณะและระดับความรุนแรงของ Retraction มีดังนี้

1. **Suprasternal retraction** เป็นการหายใจที่ใช้กล้ามเนื้อหน้าอกส่วนบนช่วยในการหายใจมากขึ้น ทำให้สังเกตเห็นบริเวณเหนือกระดูกหน้าอกบุ๋มลงไปเมื่อหายใจเข้า ความรุนแรงของภาวะหายใจลำบากจัดอยู่ใน ระดับรุนแรง (Marked retraction)



รูปที่ 3 แสดงลักษณะ Suprasternal retraction

ที่มา: <https://quizlet.com/304799497/nurs-449-respiratory-flash-cards/>

2. **Sternal retraction** เป็นลักษณะของกล้ามเนื้อบริเวณกระดูกหน้าอกถูกดึงรั้งเมื่อหายใจเข้า ทำให้สังเกตเห็นกระดูกหน้าอกบุ๋มลง จากรูปที่ 4 แสดงถึงภาวะหายใจลำบากจัดอยู่ในระดับรุนแรง (Marked retraction)



รูปที่ 4 แสดงลักษณะ Sternal retraction

ที่มา: <https://medicine.umich.edu/sites/default/files/content/downloads/Bradin%20Croup%20Asthma%20and%20Bronchiolitis.pdf>

3. **Substernal retraction** เป็นการหายใจที่กลัมนื้อหน้าอกและหน้าท้องไม่สัมพันธ์กัน จึงทำให้สังเกตเห็นหน้าอกบริเวณลิ้นปี่บุ๋มลงในขณะหายใจเข้า เป็นการหายใจลำบากระดับเล็กน้อย (Mild retraction)



รูปที่ 5 แสดงลักษณะ Substernal retraction

ที่มา: https://med.stanford.edu/newborns/professional-education/photo-gallery/lungs-chest.html#supernumerary_nipple

4. **Subcostal retraction** เป็นการหายใจที่ใช้กลัมนื้อหน้าท้องในการหายใจมากขึ้น กลัมนื้อหน้าอกถูกดึงรั้ง จึงสังเกตเห็นหน้าอกบุ๋มบริเวณใต้ชายโครงทั้ง 2 ข้าง ความรุนแรงของภาวะหายใจลำบากจัดอยู่ในระดับปานกลาง (Moderate retraction)



รูปที่ 6 แสดงลักษณะ Subcostal retractions

ที่มา: <https://med.stanford.edu/newborns/professional-education/photo-gallery/lungs-chest.html>

5. **Intercostal retractions** เป็นการดึงรั้งของกลัมนื้อระหว่างกระดูกซี่โครงขณะหายใจเข้า จึงทำให้มองเห็นลักษณะบุ๋มระหว่างกระดูกซี่โครง



รูปที่ 7 แสดงลักษณะ Intercostal retractions

ที่มา: https://en.wikipedia.org/wiki/Labored_breathing

แนวทางการพยาบาลที่สำคัญในทารกที่มีภาวะหายใจลำบาก

1. สังเกตลักษณะการหายใจ เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะหายใจลำบาก
2. บันทึกลักษณะและอัตราการหายใจ สัญญาณชีพอื่นๆ พร้อมทั้งปริมาณ O₂Sat ทุกๆ 5-10 นาที
3. ดูแลให้ได้รับออกซิเจน ตามแผนการรักษา
4. ดูแล Keep warm ทารกโดยการห่อตัว ใส่ถุงมือ-ถุงเท้า และให้การพยาบาลใต้ Radiant Warmer

Warmer

5. หากทารกหายใจเร็วมากขึ้นเรื่อยๆ ในช่วงที่สังเกตอาการ ให้รายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาทำการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป
6. เจาะเลือดทารกตามแผนการรักษา เพื่อติดตามภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาล และแผนการพยาบาลทารกแรกเกิด

1. มีโอกาสเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เนื่องจากการดูดนมไม่มีประสิทธิภาพ
2. มีโอกาสเกิดภาวะหายใจลำบาก เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาระบบหายใจ
3. มีโอกาสเกิดติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันทารกยังทำงานไม่สมบูรณ์
4. มีโอกาสเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ เนื่องจากศูนย์ควบคุมอุณหภูมิยังทำงานไม่เต็มประสิทธิภาพ

ตัวอย่างแผนการพยาบาลทารกแรกเกิด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล/ ข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์/เกณฑ์การ ประเมิน	กิจกรรมการพยาบาลและเหตุผล	การประเมินผล
1. มีโอกาสเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เนื่องจากการดูดนมไม่มีประสิทธิภาพ : LATCH Score= 6 : ทารกอมและดูด ไม่ถูกวิธี : มารดามีหัวนมสั้น, น้านมไหลน้อย, อุ้มลูกเข้าเต้าไม่ถูกวิธี (มารดาครรภ์แรก) : ทารกน้ำหนักตัวลดลง 6% ในระยะ 48 ชั่วโมงหลังคลอด	ทารกได้รับน้ำนมเพียงพอ เกณฑ์: -LATCH Score $\geq$ 8 -ทารกมีน้ำหนักตัวปกติตามเกณฑ์ หรือเพิ่มขึ้น หรือไม่ลดลงจากเดิม -อุจจาระ 2-5 ครั้ง/วัน -ปัสสาวะ $\geq$ 6 ครั้ง/วัน -ไม่มีอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ ซึมลง ไม่ดูดนม ตัวเย็น หายใจเร็ว	-ประเมิน LATCH Score ทุกครั้งที่มารดาให้นมลูก เพื่อให้การช่วยเหลือได้ตรงกับปัญหา -ช่วยเหลือในการอ้าปากทารกให้กว้างในขณะอมหัวนมและดื่งคางทารกเพื่อให้ริมฝีปากล่างบานออกครอบลานนม -ชั่งน้ำหนักทารกทุกวัน -ติดตามอาการ อาการแสดงของการได้รับนมไม่พอ เช่น ร้องกวน ดูดนมบ่อยทุกๆ ½-1 ชั่วโมง ซึมลง ไม่ยอมดูดนม -ติดตามอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ ซึมลง ไม่ดูดนม ตัวเย็น หายใจเร็ว -บันทึก ลักษณะ และจำนวนครั้งของกาอุจจาระ ปัสสาวะของทารก -ดูแลให้นมผสมร่วมกับนมแม่ด้วยวิธี dropper เพื่อเป็นการช่วยกระตุ้นการสร้างและการไหลของน้ำนม	-ในเวรทารกดูดนมมารดาได้ 4 ครั้ง นานครั้งละ 5-10 นาที ขณะดูดนม ประเมิน LATCH score = 7 ยังอมหัวนมไม่ถูกวิธี ปากล่างไม่บานออก พยาบาลยังได้ช่วยมารดาในการอุ้มเข้าเต้า และน้ำนมยังไหลน้อย มารดาให้นมผสมร่วมด้วย จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 20 ซีซี -ทารกได้รับนมเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย สังเกตจากหลังอิ่มนมผสมสามารถหลับได้นาน 2 ชั่วโมง และถ่ายอุจจาระ 2 ครั้งเป็นขี้เทา ปัสสาวะ 3 ครั้ง สีใสปกติ -ชั่งน้ำหนักทารกช่วงบ่าย น้ำหนักเพิ่มขึ้น 10 กรัม -ไม่มีอาการแสดงของภาวะ Hypoglycemia

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล/ ข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์/เกณฑ์การ ประเมิน	กิจกรรมการพยาบาลและเหตุผล	การประเมินผล
2. ทารกมีโอกาสเกิด Hypo-Hyperthermia ได้ง่าย เนื่องจากศูนย์ควบคุมอุณหภูมิยังทำงานไม่เต็มประสิทธิภาพ	ไม่เกิด Hypo-Hyperthermia เกณฑ์: -ไม่มีตัวเย็น ตัวลาย ซีมลง ปลายมือปลายเท้าซีดเย็น -ไม่มีอาการตัวแดง อุณหภูมิร่างกายสูงเกินเกณฑ์ 36.6-37.4 °C -สัญญาณชีพปกติตามเกณฑ์ BT=36.6-37.4 °C - HR=110-140 bpm - RR=40-60 bpm	-ติดตามอาการแสดงของภาวะ Hypo-Hyperthermia -ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง -แนะนำมารดาไม่ให้เปิดพัดลมเป่าทารก หรือให้นอนตากแอร์ เพราะจะทำให้ทารกตัวเย็น หากไม่ได้รับการแก้ไขจะซีมลง หายใจเร็วผิดปกติเป็นอันตรายได้ -แนะนำมารดาให้สังเกตอาการผิดปกติที่แสดงถึงภาวะตัวเย็นและวิธีการดูแล หากพบอาการตัวเย็น ให้การดูแลโดยห่อตัวทารก สวมหมวก ถุงมือ ถุงเท้า และรีบแจ้งพยาบาล เพื่อให้ความอบอุ่นได้ warmer -แนะนำมารดาให้สังเกตอาการผิดปกติที่แสดงถึงภาวะตัวร้อน หรือมีไข้ หากพบอาการตัวร้อน ดูแลโดยคลายผ้าห่อตัวออก ถอดหมวก ถุงมือ ถุงเท้าออก -ดูแลเช็ดตัวเพื่อลดไข้ และติดตามวัดอุณหภูมิซ้ำหลังเช็ดตัว 15 นาที หากทารกยังมีอุณหภูมิร่างกายสูงกว่าเกณฑ์ ให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาการรักษาต่อไป -ติดตามประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทารกแรกเกิดทุก 4 ชั่วโมง	-ตลอดการดูแลในเวร ทารกไม่มีภาวะ Hypo-Hyperthermia ไม่พบอาการตัวลาย มือเท้าเย็น หรือไม่มีตัวแดง ตัวร้อน ทารกหลับได้เป็นช่วงๆ นาน 1-2 ชั่วโมง - สัญญาณชีพปกติ BT=36.9-37.2 °C - RR=46-58 ครั้ง/นาที - PR=110-140 ครั้ง/นาที

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล/ ข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์/เกณฑ์การ ประเมิน	กิจกรรมการพยาบาลและเหตุผล	การประเมินผล
3.ทารกมีโอกาสเกิดติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจาก ระบบภูมิคุ้มกันทารกยังทำงานไม่สมบูรณ์ : ทารกอายุ 2 วัน สายสะดือยังไม่หลุด	ไม่มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย เกณฑ์ 1. ไม่มีไข้ BT=36.5-37.4 °C 2. สะดือแห้ง ไม่มีบวมแดง รอบสะดือ ไม่มีเลือดหรือ หนองซึมออกมาจากสะดือ 3. ผิวหนังบริเวณก้นไม่มีรอย แดง หรือแผลอักเสบ 4. ไม่มีตาบวม แดง ตาแฉะ ซีตา	-ดูแลสังเกตความผิดปกติของผิวหนังโดยเฉพาะบริเวณก้น และอวัยวะเพศ เช็ดทำความสะอาดทุกครั้งหลังการขับถ่าย อุจจาระ ปัสสาวะ และซับให้แห้งเพื่อป้องกันผิวหนังบริเวณ ก้นและอวัยวะเพศอักเสบ -ดูแลเช็ดตาด้วยน้ำเกลือ NSS ทุกวัน วันละ 1 ครั้งหลัง อาบน้ำ -ดูแลเช็ดสะดือด้วยสำลีชุบแอลกอฮอล์ ทุกครั้งหลังอาบน้ำ -สังเกตความผิดปกติที่บริเวณสะดือทุกวัน เช่น รอบสะดือ บวม แดง มีหนองซึมออกมา มีกลิ่นเหม็น และแนะนำมารดา ให้สังเกตอาการผิดปกติด้วย	ทารกไม่มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย ไม่มีตาแฉะ สะดือไม่บวมแดง สะดือ แห้งมากขึ้น ก้นทารกไม่แดง

